

**Belastungen, Kontrollüberzeugungen,  
Bewältigungsverhalten, Befindlichkeit unter Medikation,  
Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von  
Patienten in stationärer Behandlung  
und ihren Angehörigen**

**– Eine Analyse wechselseitiger Bedingungen  
bei Patienten mit Schizophrenie, bipolar affektiven Störungen, Depressionen  
und Persönlichkeitsstörungen –**

Band II

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde  
der Philosophischen Fakultät II (Psychologie)

vorgelegt von

Rita Bauer

Universität Regensburg

19. März 2010

Regensburg, 2010

# INHALTSVERZEICHNIS

## BAND II

<b>5. DISKUSSION</b>	<b>217</b>
<b>5.1 Methodische Aspekte</b>	<b>217</b>
<b>5.2 Charakteristische Belastungen der Angehörigen</b>	<b>222</b>
<i>5.2.1 Objektive und subjektive Belastungen</i>	<i>222</i>
<i>5.2.2 Belastungen in Abhängigkeit von der Art der psychischen Störung des Erkrankten</i>	<i>228</i>
<i>5.2.3 Vergleich der Belastungseinschätzung der Patienten und der Angehörigen</i>	<i>232</i>
<b>5.3 Charakteristische Kontrollüberzeugungen</b>	<b>235</b>
<i>5.3.1 Analysestichprobe der Patienten</i>	<i>235</i>
<i>5.3.2 Analysestichprobe der Angehörigen</i>	<i>237</i>
<i>5.3.3 Vergleich der Kontrollüberzeugungen der Patienten und der Angehörigen</i>	<i>238</i>
<b>5.4 Charakteristische Krankheitsbewältigungsstrategien</b>	<b>240</b>
<i>5.4.1 Analysestichprobe der Patienten</i>	<i>240</i>
<i>5.4.2 Analysestichprobe der Angehörigen</i>	<i>243</i>
<i>5.4.3 Vergleich der Bewältigungsstrategien der Patienten und der Angehörigen</i>	<i>245</i>
<b>5.5 Charakteristika der Behandlungszufriedenheit</b>	<b>247</b>
<i>5.5.1 Analysestichprobe der Patienten</i>	<i>247</i>
<i>5.5.2 Analysestichprobe der Angehörigen</i>	<i>249</i>
<i>5.5.3 Vergleich der Behandlungszufriedenheit der Patienten und der Angehörigen</i>	<i>251</i>
<b>5.6 Einschätzungen zur Lebensqualität</b>	<b>253</b>
<i>5.6.1 Analysestichprobe der Patienten</i>	<i>253</i>
<i>5.6.2 Analysestichprobe der Angehörigen</i>	<i>255</i>
<i>5.6.3 Vergleich der Lebensqualität der Patienten und der Angehörigen</i>	<i>256</i>
<b>5.7 Schweregrad der Erkrankung der Patienten</b>	<b>258</b>
<b>5.8 Befinden der Patienten unter Medikation</b>	<b>260</b>

---

<b>5.9 Prädiktoren bezüglich Belastungserleben und maladaptiven Verarbeitungsformen der Angehörigen</b>	<b>262</b>
<i>5.9.1 Prädiktoren für eine hohe subjektive Belastung der Angehörigen</i>	<i>262</i>
<i>5.9.2 Prädiktoren für maladaptive Krankheitsbewältigungsformen der Angehörigen</i>	<i>265</i>
<i>5.9.2.1 Prädiktoren für depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien der Angehörigen</i>	<i>265</i>
<i>5.9.2.2 Prädiktoren für Bagatellisierung und Wunschdenken als Krankheitsverarbeitungsstrategie von Angehörigen</i>	<i>268</i>
<b>5.10 Zusammenhänge zwischen den Einschätzungen der Belastungen der Angehörigen, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, Befindlichkeit unter Medikation und den Surrogatparametern zur Schwere der Erkrankung</b>	<b>269</b>
<i>5.10.1 Analysestichprobe der Patienten</i>	<i>269</i>
<i>5.10.1.1 Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen</i>	<i>269</i>
<i>5.10.1.2 Ergebnisse der clusteranalytischen Auswertung</i>	<i>276</i>
<i>5.10.1.3 Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle</i>	<i>277</i>
<i>5.10.2 Analysestichprobe der Angehörigen</i>	<i>281</i>
<i>5.10.2.1 Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen</i>	<i>281</i>
<i>5.10.2.2 Ergebnisse der clusteranalytischen Auswertung</i>	<i>286</i>
<i>5.10.2.3 Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle</i>	<i>287</i>
<b>5.11 Schlussfolgerungen für die Verbesserung der Qualität der Behandlung der Patienten und ihrer Angehörigen in der psychiatrischen Klinik</b>	<b>290</b>
<i>5.11.1 Bessere Aus- und Fortbildung der professionellen Helfer</i>	<i>290</i>
<i>5.11.2 Möglichkeiten der Unterstützung von Patienten und ihren Angehörigen</i>	<i>302</i>
<i>5.11.3 Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Resilienzforschung</i>	<i>308</i>
<b>5.12 Weiterer Forschungsbedarf</b>	<b>310</b>
<b>6. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>312</b>
<b>7. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>314</b>
<b>8. ANHANG</b>	<b>350</b>

## 5. DISKUSSION

### 5.1 Methodische Aspekte

In methodischer Hinsicht wurden sowohl bei der Auswahl der Fragebögen wie bei der Datenerhebung die Gütekriterien psychologischer Forschung berücksichtigt. Nach Lienert und Ratz (1994) sollen Testverfahren die Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität erfüllen. Das Testkuratorium der Föderation deutscher Psychologenverbände (1986) legt ebenfalls Gütekriterien fest, von denen hier noch die Zumutbarkeit, (Un-)Verfälschbarkeit und Fairness sowie die Ökonomie diskutiert werden sollen.

Die Testleiterunabhängigkeit (*Durchführungsobjektivität*) ist durch die routinemäßige Ausgabe der Fragebögen an die Patienten nach Einwilligung bzw. die Zusendung der Fragebogenbatterie an diejenigen Angehörigen, welche der Befragung ebenfalls zustimmen, gegeben. Die gegebenenfalls notwendige Unterstützung der Patienten beim Ausfüllen der Fragebögen wurde nur bezüglich möglicher Verständnisfragen gegeben; inhaltliche Einschätzungen durch die Testleiter wurden verweigert. Die *Auswertungsobjektivität* dürfte ebenfalls sehr gut sein, da die Angaben zur statistischen Auswertung kontrolliert in Datenmatrizen eingegeben und dort mithilfe der in Kapitel 3.4 angegebenen Statistikprogramme ausgewertet wurden.

Die *Reliabilitätskennwerte* der verwendeten Fragebögen wurden bereits von den jeweiligen Herausgebern der Tests erhoben. Gute psychometrische Kennwerte waren Kriterium für die Auswahl der Fragebögen bei der Zusammenstellung der verwendeten Fragebogenbatterie. Einzig der selbstgenerierte Fragebogen zur Belastung der Angehörigen (FBA) bedarf noch weiterer Validierung. Als Reliabilitätsmaß für die Belastungsskala wurde für die Patientenstichprobe eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) von  $\alpha = .84$  und für die Angehörigenstichprobe eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) von  $\alpha = .74$  ermittelt. Selbst für die diagnosenspezifischen Subgruppen der Patienten- und der Angehörigenstichprobe liegen die Reliabilitätskennwerte (Cronbachs Alpha) zwischen  $\alpha = .59$  und  $\alpha = .88$ . Die für den Belastungsfragebogen (FBA) vorgenommenen Reliabilitätsanalysen sprechen damit für gute bis ausreichende psychometrische Eigenschaften.

Die *externe Validität* dieser Felduntersuchung an einer Zufallstichprobe von Patienten und Angehörigen dürfte gut sein, obgleich Einschränkungen vorliegen: Zum einen sind Patienten, welche ihre Einwilligung zur Teilnahme verweigerten ( $n = 356$ ) sowie

Angehörige, deren erkrankte Familienmitglieder die Einverständniserklärung zur Angehörigenbefragung ablehnten ( $n = 335$ ) bzw. Angehörige, welche selbst an der Befragung nicht teilnehmen wollten, obgleich ihr erkranktes Familienmitglied ihrer Befragung zugestimmt hatte ( $n = 118$ ), nicht in der Stichprobe enthalten. 48.0 % der Patienten willigten in die Teilnahme an der Studie für ihre eigene Person ein, 42.7 % gaben ihr Einverständnis zur Befragung ihres nächsten Angehörigen. Außerdem sandten 55.1 % der Angehörigen, die einen Fragebogen erhalten hatten, diesen ausgefüllt zurück. Die Responseraten liegen damit im Trend vergleichbarer Studien. So belegt Lebow (1983) in seiner Übersichtsarbeit auf der Grundlage von 49 Studien, dass die durchschnittliche Rücklaufquote bei Fragebogenversendungen bei 40 % liegt. Dennoch senken die Einschränkungen in den Responseraten die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Zum anderen zeigt die Analyse der 356 Non-Responder-Patienten im Vergleich zu den 328 Respondern, dass die Non-Responder eine besonders schwierige Patientenklientel sind, deren Einschätzungen besonders aufschlussreich sein könnten: Sie sind häufiger nicht freiwillig untergebracht und haben auch bei Entlassung noch häufiger eine gesetzliche Betreuung, zeigen häufiger mangelnde Compliance und haben auch eine signifikant längere Verweildauer in der Klinik als die Responder. Während aufgrund dieser Patientenmerkmale gut nachvollziehbar ist, dass diese Patienten aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung bzw. infolge ihrer mangelnden Krankheitseinsicht ihre Teilnahme verweigern, ist das Ergebnis, dass auch signifikant mehr Frauen ihre Teilnahme an der Befragung ablehnen, eher schwierig zu interpretieren. Da Geschlechtseffekte im Teilnahmeverhalten an Befragungen mithilfe von Fragebögen in der Literatur uneinheitlich beschrieben werden (Angermeyer et al., 1997; Jungbauer et al., 2001a; Schene et al., 2001), kann bezüglich der vorliegenden Studie nur vermutet werden, dass die Frauen einer Befragung eventuell ängstlicher gegenüberstehen als Männer und weniger von ihrer Privatsphäre preisgeben wollen oder aber fürchten, dass ihr erkranktes Familienmitglied bzw. ihr ebenfalls befragter Angehöriger Informationen über sie infolge der Befragung erhält, obgleich Anonymität und Datenschutz zugesichert worden waren. Die Repräsentativität der Stichprobe und damit die Generalisierbarkeit der Ergebnisse sind dadurch etwas eingeschränkt, sie dürfen jedoch aufgrund der Stichprobengrößen der Analysestichproben der Patienten ( $n = 328$ ) wie der Angehörigen ( $n = 145$ ) dennoch als gut bezeichnet werden. Bezüglich der diagnosenspezifischen Subgruppen ( $n = 62$  bis  $n = 117$ ) wie bezüglich der paarweisen Auswertung der Patienten-Angehörigen-Stichprobe ( $n = 17$  bis  $n = 40$ ) liegen dagegen aufgrund der geringeren Stichprobengrößen Einschränkungen in der Ge-

neralisierbarkeit der Ergebnisse vor. Die genaue Überprüfung der externen Validität des Fragebogens zum Belastungserleben der Angehörigen (FBA) bei verschiedenen Subgruppen psychischer Störungen steht noch aus.

Da versucht wurde, mögliche Störfaktoren in der Erhebung gering zu halten, kann die *interne Validität* ebenfalls als gut bezeichnet werden. Nicht gänzlich ausgeschlossen werden können Antworteffekte im Sinne von sozialer Erwünschtheit. Da jedoch nur bei wenigen Patienten Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogen gegeben wurde und bei der großen Vielzahl der Teilnehmer ein persönlicher Kontakt entweder gar nicht (postalische Zusendung) oder nur sehr kurz und ohne behandlungsrelevante Folgen gegeben war, kann dieser Effekt wohl als eher gering eingeschätzt werden. Ferner erfolgte die Rückgabe der ausgefüllten Fragebögen anonym und in einem verschlossenen, den ausgegebenen Fragebögen beigelegten Rückkuvert.

Die *inhaltliche Validität* der ausgewählten Fragebögen wird von den Herausgebern der Tests gewährleistet. Bezüglich des selbstgenerierten Fragebogens zum Belastungserleben (FBA) kann die inhaltliche Validität ebenfalls als gegeben angenommen werden, da er auf der Grundlage einer umfangreichen Literaturrecherche in der Medline-Datenbank sowie der Sichtung von 15 deutschen und angloamerikanischen Fragebögen generiert wurde, welche spezifisch zum Belastungserleben von Angehörigen entwickelt worden waren. Ebenfalls für eine hohe Inhaltsvalidität spricht, dass im Belastungsfragebogen in den Bereichen der beruflichen, gesundheitlichen, emotionalen und institutionellen Belastung die Möglichkeit bestand, die Belastungen mit eigenen Worten genauer zu beschreiben. Die inhaltsanalytischen Auswertungen dieser offenen Worte zeigen, dass die genannten Belastungen gut unter die vorgegebenen Kategorien subsumiert werden können und mit den in der Literatur belegten Belastungen übereinstimmen.

Für eine gute *Konstruktvalidität* spricht die gute Unterscheidbarkeit der jeweiligen Subskalen der verwendeten Fragebögen. Niedrige Korrelationen zwischen den Subskalen weisen darauf hin, dass durch die Subskalen tatsächlich verschiedene Aspekte erfasst werden. Bezüglich des Belastungsfragebogens (FBA) klärt die zweifaktorielle Lösung in der Patientenstichprobe mit 62.1 % einen hohen Anteil der Varianz auf. Ebenso liegt die aufgeklärte Gesamtvarianz in der zweifaktoriellen Lösung der Angehörigenstichprobe mit 62.1 % entsprechend hoch. Die Ladungen der nach Skalenzugehörigkeit geordneten Items bestätigen ebenfalls jeweils eine zweifaktorielle Lösung. Ferner sind die Kommunalitäten vergleichbar groß und die Korrelationen zwischen den Subskalen gering. Dies sind Hinweise für eine gute Konstruktvalidität des Belastungsfragebogens.

Da vergleichbare Daten anderer Studien fehlen und nicht zur Gegenüberstellung herangezogen werden können, können zur *Kriteriumsvalidität* kaum Aussagen gemacht werden. Ein Hinweis könnte jedoch wiederum sein, dass die Korrelationen der verwendeten Subskalen in der Fragebogenbatterie nur niedrig bis moderat sind. Insbesondere die Gesamtskala des Belastungsfragebogens (FBA) korreliert nur niedrig mit den Skalen der weiteren in dieser Studie eingesetzten Fragebögen. Dies ist ein Hinweis für die Erhebung der Belastungen der Angehörigen als separates Konstrukt.

Die *Zumutbarkeit* der 17 Seiten umfassenden Fragebogenbatterie für die Patienten und der 18-seitigen Erhebung bei den Angehörigen ist sicher als kritisch einzustufen. Insbesondere kognitive Einschränkungen wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen aber auch Müdigkeit und Leseschwierigkeiten infolge unerwünschter Arzneimittelwirkungen oder der vorliegenden Psychopathologie des Patienten wurden von den Patienten als hinderlich beim Ausfüllen der Fragebögen genannt. Die Patienten benötigten im Mittel 52 Minuten zum Ausfüllen der Fragebögen, die Angehörigen 38 Minuten. Da jedoch zum Ausfüllen der Fragebögen ein Zeitrahmen von mindestens 14 Tagen zur Verfügung gestellt wurde, die Fragebögen somit auch in Etappen ausgefüllt werden konnten und insbesondere der im Verhältnis zum Aufwand stehende Nutzen für die Betroffenen zwar nicht für die einzelne Person, wohl aber für die Belange der psychisch kranken Patienten und ihren Angehörigen im Allgemeinen gegeben ist, kann das Gütekriterium der Zumutbarkeit als erfüllt angesehen werden. Nicht wenige Patienten und Angehörige freuten sich, dass durch diese Befragung ihrer Situation Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Ferner wurden den Patienten wie Angehörigen zugesagt, dass die Ergebnisse der Auswertung in Fachjournalen veröffentlicht werden und somit zur Diskussion und zu möglichen Verbesserungen in der Versorgung psychisch Kranker und ihrer Angehörigen beitragen können.

Hinsichtlich der (*Un-*)*Verfälschbarkeit* der Testbatterie darf vermutet werden, dass absichtliche Verfälschungen seitens der Testpersonen wohl selten sein dürften, da Verzerrungen der Ergebnisse für die jeweils befragte Personen keinen Nutzen bringen würden. Nicht ausgeschlossen werden können dagegen die bereits in der Einleitung (Kapitel 1.4.2.2) dargestellten Probleme bezüglich einer „Pseudozufriedenheit“ der Befragten und anderer inkonsistenter Ergebnisse in der Bewertung eines der sechs untersuchten Konstrukte (z. B. sehr hohe globale Lebensqualität, aber geringe Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen). Diese möglichen positiven wie negativen Verzerrungen können mit der Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger, 1957) und dem Assimilia-

tions-Akkomodations-Modell (Piaget, 1983) erklärt werden. Die (Un)verfälschbarkeit der Fragebogenbatterie kann also als bedingt gegeben eingeschätzt werden.

*Fairness*, definiert als das „Ausmaß einer ... systematischen Diskriminierung bestimmter Testpersonen, z. B. aufgrund ihrer ethischen, soziokulturellen oder geschlechtsspezifischen Gruppenzugehörigkeit“ (Testkuratorium, 1986, S. 360), ist für die verwendete Fragebogenbatterie weitestgehend gegeben. Die verwendeten Fragebögen wurden auf Basis der Sichtung umfangreicher angloamerikanischer wie deutscher Literaturrecherchen entwickelt. Einzig die Kulturunabhängigkeit der Fragebogenbatterie ist möglicherweise etwas eingeschränkt, da nicht auszuschließen ist, dass spezifische Aspekte der Situation von psychisch Kranken und Angehörigen anderer Kulturen nicht genügend Berücksichtigung fanden (Roick et al., 2007). Da ferner die Fragebögen ausschließlich auf Deutsch ausgegeben wurden, muss mit Sprach- bzw. Verständnisschwierigkeiten von ausländischen Teilnehmern gerechnet werden, was unter anderem daran sichtbar wurde, dass zehn Patienten aufgrund zu schlechter Deutschkenntnisse nicht in die Studie aufgenommen werden konnten. Weitere sechs Patienten konnten aufgrund vorliegender Intelligenzminderungen nicht an der Erhebung teilnehmen, wobei der Situation gerade dieser durch ihre Doppeldiagnose besonders schwer betroffenen Klientel eigentlich spezifische Aufmerksamkeit zuteil werden müsste (Spießl, Spießl, Cording, Klein, 2007).

Bezüglich der Frage der *Ökonomie* war die Beanspruchung von finanziellen Ressourcen für die Erhebung gering. Abgesehen von Papier- und Kopierkosten waren weitere Kostenfaktoren nur die Kosten für die Anschreiben an die Angehörigen sowie die beigelegten frankierten Rückkuverts. Die personellen Aufwendungen waren jedoch nicht nur bezüglich der Organisation des Projektes (Auswahl und Zusammenstellung der Fragebogenbatterie, Information der professionellen Mitarbeiter in der Klinik, etc.) immens. Der größte Zeitfaktor war das Aufsuchen der Patienten: Zum Teil mussten die 816 Patienten der Stichprobe wiederholt auf ihren Stationen besucht werden, um sie über die Studie zu informieren und bezüglich ihrer Teilnahme befragen zu können, da sie zum ersten Befragungszeitpunkt gerade in Therapie oder außerhalb der Station waren. Auch die Anschreiben an die Angehörigen, die Überwachung ihres Rücklaufs und ggf. die Erinnerungsschreiben waren zeitaufwendig. Dennoch können die aufgewendeten finanziellen und personellen Ressourcen gemessen an der erhaltenden Information als ökonomisch bezeichnet werden.



## 5.2 Charakteristische Belastungen der Angehörigen

### 5.2.1 Objektive und subjektive Belastungen

Die Belastungen der Angehörigen sind vielfältig und von oft hohem Ausmaß. Entsprechend dem in der Einleitung dargestellten Modell von Hoenig und Hamilton (1966) wurden die Belastungen in der vorliegenden Arbeit in objektive und subjektive Belastungen differenziert.

Bezüglich der *objektiven Belastungen der Angehörigen* in der Einschätzung durch die Angehörigen selbst geben 83 % bzw. 76 % der Angehörigen das Vorhandensein von Belastungen am häufigsten in den Bereichen emotionale und gesundheitliche Belastungen an. 74 % der Angehörigen berichten von finanziellen Belastungen im Rahmen der Fürsorge um das erkrankte Familienmitglied und 66 % berichten von einem Betreuungsaufwand von vier oder mehr Stunden pro Woche. Einschränkungen in der Freizeitgestaltung werden von 56 % der Angehörigen angegeben, mit deutlichem Abstand gefolgt von den institutionellen (46 %) und beruflichen (33 %) Belastungen.

In der *subjektiven Bewertung der Belastungen* werden ebenfalls mit deutlichem Abstand die emotionalen und gesundheitlichen Belastungen als am stärksten belastend eingeschätzt. 76 % der Angehörigen fühlen sich durch emotionale Belastungen und 59 % durch gesundheitliche Belastungen stark oder sehr stark belastet. Auf Rang 3 liegen in der subjektiven Bewertung als stark oder sehr stark belastend mit 40 % die zeitlichen Belastungen, gefolgt von den institutionellen (39 %) und finanziellen (37 %) Belastungen. Die Einschränkungen in der Freizeitgestaltung werden dagegen mit 29 % im Mittel deutlich weniger häufig als stark oder extrem stark belastend eingeschätzt und liegen in der Rangfolge auf dem letzten Platz.

Bereits an diesen wenigen Beispielen zeigt sich die Notwendigkeit, die Belastungen der Angehörigen differenziert nach objektiver und subjektiver Bewertung zu erheben. Dies wird jedoch in vielen Studien auch heute noch nicht beachtet und bedingt uneinheitliche Forschungsergebnisse (Baronet, 1999; Maurin & Boyd, 1990; Schene et al., 1994). Einigkeit besteht in der Literatur jedoch darin, dass nicht die objektiven Belastungen sondern das subjektive Erleben dieser Belastungen durch den Angehörigen entscheidend ist (Schene, 1990; Solomon & Draine, 1995b).

Vielfach belegt und allgemein anerkannt ist der Befund der vorliegenden Arbeit, dass *emotionale Belastungen* von den Angehörigen am häufigsten genannt und als am meis-

ten belastend empfunden werden (Dörner, Egetmeyer & Koennig, 1997; Jungbauer et al., 2001b; Östman & Kjellin, 2002; Provencher & Fincham, 2000; Schmid et al., 2007). Diese emotionalen Belastungen reichen von Ängsten und Sorgen um den Erkrankten infolge mangelnder Information, über Unsicherheit und Überforderung im Umgang mit dem Erkrankten, Hilflosigkeit und Ohnmacht, Einsamkeit und Erfahrungen von Nicht-Ernstgenommen-Werden als Angehöriger über Zukunftsängste, Einschränkungen in der eigenen Autonomie und Abgrenzungsprobleme vom Erkrankten, Trauer um ehemals gemeinsame Lebensziele mit dem Erkrankten, Verlusterleben, Ängste vor einem Rückfall und Suizid des Erkrankten, Schamgefühle, Schuldgefühle und Ängste vor Stigmatisierung bis hin zu Gefühlen von Ärger, Wut und Enttäuschung über das Verhalten des Erkrankten sowie Ängsten vor eigener Erkrankung bzw. Vererbung an gemeinsame Kinder und Problemen in der gemeinsamen Sexualität mit dem Erkrankten (Schmid et al., 2005b). In der inhaltsanalytischen Auswertung des Bereichs emotionale Belastungen des FBA tauchen dementsprechend auch fast alle diese hier genannten spezifischen emotionalen Belastungen auf, allen voran die Angst vor Rückfall des Patienten, welche von 60 % der Angehörigen genannt wurde, sowie Ängste im Hinblick auf die Zukunft des Patienten (45 %). Diese Ergebnisse stimmen mit den Auswertungen der qualitativen Arbeit von Tranvag und Kristoffersen (2008) überein, in der ebenfalls an der Spitze der Belastungen verschiedene Ängste der Angehörigen stehen. In der umfangreichen Untersuchung von Perlick und Mitarbeiter der STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group (2007) an 500 Angehörigen bipolar Erkrankter wurden am häufigsten die Belastungen infolge problematischen Verhaltens des Erkrankten genannt.

Neben diesen vielfältigen emotionalen Belastungen zeigt auch die Analyse der objektiven *zeitlichen und finanziellen Belastungen* die Vieldimensionalität des Belastungserlebens der Angehörigen: 20 % der Angehörigen geben an, ihr erkranktes Familienmitglied mehr als 15 Stunden in der Woche bei der Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Maßnahmen in Form von Fahrten zum Arzt/Therapeuten, Motivierung, Beaufsichtigung bei der täglichen Medikamenteneinnahme, Hilfen in der Hausarbeit etc. zu unterstützen. Weitere 21 % geben Hilfestellungen im Umfang von 7-15 Stunden pro Woche, 45 % im Umfang von 1-6 Stunden und nur 14 % geben ihren Betreuungsaufwand mit weniger als einer Stunde pro Woche an. Für 40 % der Angehörigen sind diese Zeitaufwendungen stark oder sehr stark belastend. In einer umfangreichen (n = 557) Studie von Angermeyer et al. (1997) berichten sogar 19 % der befragten Angehörigen einen durchschnittlichen Betreuungsaufwand von über 20 Stunden pro Wo-

che und weitere 12 % geben 11-20 Stunden an. Das Unterstützungsausmaß ist also bereits in rein zeitlicher Hinsicht nicht unerheblich. Von vielen Angehörigen wird jedoch nicht nur die Unterstützung des Patienten im engeren Sinne, sondern auch bereits das „Beisammensein“ mit dem Patienten, insbesondere in Zeiten akuter Krankheitssymptomatik, als sehr belastend empfunden. Eine Erhebung an Partnerinnen von depressiv erkrankten Männern zeigt, dass diese Angehörigensubgruppe durchschnittlich 65 Stunden in der Woche mit dem Patienten in unmittelbaren (Blick-) Kontakt steht, ein Drittel dieser Angehörigen gab sogar an, dass sie alle Aktivitäten mit dem Erkrankten teilen (Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987a). Entspannung bzw. eine gesunde Distanzierung zur Krankheitsproblematik ist für Angehörige deshalb häufig sehr schwierig. Hinzu kommen nicht selten *finanzielle Belastungen*. Die Kosten psychiatrischer Erkrankungen sind immens (Günter, Friemel, Bernert, Matschinger, Angermeyer & König, 2007; Sander-son, Andrews, Corry & Lapsley, 2003) und betreffen auch die Angehörigen (Mory et al., 2002; Wolff et al., 2006). Während in der vorliegenden Studie 26 % der Angehörigen angeben, den Patienten nicht finanziell zu unterstützen, gibt auch knapp ein Drittel der Angehörigen Belastungen von mehr als 200 Euro pro Monat an, gut 10 % nennen sogar mehr als 500 Euro pro Monat. In einer Untersuchung von Lowyck und Mitarbeitern (2004) berichten die untersuchten Eltern schizophrener Erkrankter von durchschnittlich Aufwendungen für ihr erkranktes Familienmitglied in Höhe von 3.115 Euro pro Jahr. Diese Summen sind für viele Angehörige nicht unerheblich. Das Ausmaß der Verarmung von Familien mit psychisch erkrankten Patienten wird immer noch unterschätzt (Clark, 1994; Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987b). Insbesondere wenn der „Hauptverdiener“ erkrankt, können auch stabile finanzielle Verhältnisse leicht aus dem Lot geraten. Andererseits werden gerade die finanziellen Belastungen von den Angehörigen häufig wenig thematisiert: Entweder aus Scham oder weil sie durch andere symptombezogene Belastungsaspekte überlagert werden (Jungbauer, Mory & Angermeyer, 2002a). Da psychisch Kranke jedoch nicht selten von Sozialhilfe/Hartz IV leben, müssen die Angehörigen oft zu deren Lebensunterhalt beisteuern. Den reduzierten Einnahmen aufgrund der Arbeitsunfähigkeit des Erkrankten oder den Einkommensverlusten der betreuenden Angehörigen stehen ferner häufig erhöhte Ausgaben zum Beispiel für Lebensunterhalt des Erkrankten, Fahrt- oder Medikamentenkosten, Schuldentilgung oder Kosten einer Heimunterbringung gegenüber (Angermeyer et al., 1997; Jungbauer et al., 2002a; Milliken, 2001). Diese Mehrausgaben betragen in der Untersuchung von Mory, Jungbauer und Angermeyer (2002) an Eltern oder Ehepartnern schizophrener Erkrankter

im Durchschnitt 6 % des Netto-Einkommens der Angehörigen, wobei bei diesen Durchschnittsberechnungen zu berücksichtigen ist, dass gut 33 % der Angehörigen in dieser Studie angeben, dass ihnen aufgrund der psychischen Erkrankung keine Kosten entstehen. Diejenigen Angehörigen, die tatsächlich erkrankungsbedingte Kosten nennen, sind damit erheblich über dem angegebenen Prozentsatz von 6 % des Nettoeinkommens belastet.

Infolge ihrer vielfältigen Sorgen um den Erkrankten leiden viele Angehörige an Daueranspannung und Überforderung, welche wiederum häufig eigene *gesundheitliche Belastungen* bedingen. Die von den Angehörigen der vorliegenden Studie am häufigsten genannten eigenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen umfassen Schlafstörungen (54 %), Erschöpfung (47 %) und depressive Verstimmungen (37 %). Insgesamt schätzen 59 % der Angehörigen ihre gesundheitlichen Belastungen als stark oder extrem stark belastend ein. Diese Angaben über starke Beeinträchtigungen des eigenen Wohlbefindens von Angehörigen psychisch Kranker sind bereits vielfach belegt: So beklagen in einer Studie mit Angehörigen von schizophrenen Patienten 30 % der Angehörigen „sehr schwerwiegende“ Auswirkungen und weitere 18 % halten diese für zumindest „schwerwiegend“ (Creer & Wing, 1989). Franz, Meyer und Gallhofer (2002) erhoben die psychosomatische Gesundheit von Angehörigen schizophren und depressiv Erkrankter auf der Grundlage des General Health Questionnaire (GHQ) und konnten zeigen, dass das Ausmaß der gesundheitlichen Belastung der Angehörigen mit einem Punktwert von 8.9 deutlich über dem einer gesunden Vergleichsgruppe (3.7) liegt und dem einer Stichprobe von Medizinstudenten kurz vor dem Examen (8.9) entspricht. In einer weiteren Studie, welche die gesundheitlichen Beschwerden von Angehörigen psychisch Kranker mit Hilfe der Beschwerden-Liste (B-L) erfasste, gaben die Befragten an, am häufigsten unter Grübeln (68 %), innerer Unruhe (68 %), Reizbarkeit (62 %), Schlaflosigkeit (56 %) und/oder Mattigkeit (53 %) zu leiden (Angermeyer et al., 1997). Schließlich ist auch belegt, dass Angehörige mit starken Belastungen über mehr somatische wie depressive Symptome sowie mehr Besuchen beim Arzt infolge ihrer eigenen gesundheitlichen Probleme berichten als weniger stark belastete Angehörige (Perlick et al., 2007).

46 % der Angehörigen geben ferner objektive *Belastungen in Zusammenhang mit der Institution* an, in der ihr erkranktes Familienmitglied behandelt wird. 39 % der Angehörigen bewerten die Belastungen subjektiv als stark oder extrem stark. Wie die inhaltsanalytische Auswertung zeigt, nennen Angehörige hier vorrangig die mangelnde Infor-

mation über die Erkrankung und Behandlung (41 %), die Wohnortferne der Behandlung (39 %) und ihren mangelnden Einbezug in die Behandlung bzw. in notwendige Behandlungsentscheidungen (28 %). Dass Angehörige häufig an einem großen Informationsdefizit leiden, belegen inzwischen zahlreiche Studien (Gasque-Carter & Curlee, 1999; Katschnig, Simon & Kramer, 1994; Schmid, Mehlsteibl & Spießl, 2008; Schmid et al., 2003; Winefield & Harvy, 1993). Ferner ist inzwischen vielfach belegt, dass in Angehörigengruppen der Wunsch nach Information über die Erkrankung, Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten stets ganz oben steht (Bäuml & Pitschel-Walz, 2003; Pitschel-Walz, Bäuml & Kissling, 2003; Pitschel-Walz & Engel, 1997). Mehr Unterstützung der Angehörigen durch das Klinikpersonal wünschen sich etwa 35 % (Samele & Manning, 2000) bis 56 % der Angehörigen (Schmid et al., 2003). Insbesondere fühlen sich die Angehörigen häufig im Umgang mit den spezifischen Symptomen der Erkrankung alleingelassen. Mehr Zeit der Ärzte/Therapeuten für regelmäßige Gespräche mit den Angehörigen wird von über 80 % der Angehörigen gewünscht. Außerdem wünschen sich knapp 80 % der Angehörigen mehr sozialrechtliche und finanzielle Beratung (Schmid et al., 2003). Die in der vorliegenden Studie von 39 % der Angehörigen negativ vermerkte Wohnortferne der Behandlung ihres Familienmitgliedes wird in der Diskussion um eine gemeindenahe Psychiatrie seit Jahren immer wieder von den Patienten wie den Angehörigen gleichermaßen beklagt (Vieten & Brinkmann, 2000; Seelhorst, 2000).

Ihre *beruflichen Belastungen* infolge der Erkrankung ihres Familienmitgliedes werden von 30 % der Angehörigen als stark oder sehr stark belastend eingeschätzt. Nicht selten berichten Angehörige, dass infolge der Erkrankung des Patienten ihre eigene Berufstätigkeit in Mitleidenschaft gezogen wird und sie ihre Arbeit aufgrund der Verantwortung gegenüber dem Patienten als Belastung und zusätzlichen Druck empfinden (Fadden et al., 1987a; Simon, 2000). Manche Angehörige berichten sogar, dass sie eine weniger beanspruchende Arbeit annehmen, aufgrund der Doppelbelastung vorzeitig in Rente gehen oder in jüngeren Jahren ganz auf ihren Beruf verzichten mussten (Creer & Wing, 1989; Sibitz, Amering, Kramer, Griengl & Katschnig, 2002).

Schließlich sind noch die *Einschränkungen der Angehörigen in ihrer Freizeitgestaltung* infolge der Erkrankung ihres Familienmitgliedes zu nennen. 28 % der Angehörigen geben an, dass diese sie stark oder sehr stark belasten. Bedenken beim Aus-dem-Haus-Gehen, bei spontanen Verabredungen wie bei Urlaubsplanungen sowie das viele Angehörige begleitende Gefühl, den Erkrankten nicht ohne Aufsicht und Fürsorge allei-

ne zu Hause lassen zu können, führen bei Angehörigen häufig dazu, dass sie ihre Freizeitaktivitäten reduzieren oder ganz einstellen und somit häufig die soziale Isolation des Erkrankten teilen (Fadden et al., 1987a; Reinares et al., 2006; Samele & Manning, 2000; Tsang, Tam, Chan & Cheung, 2003).

Die Belastungen der Angehörigen infolge der Erkrankung ihres Familienmitgliedes sind also vielfältig in ihrer Art und immens in ihrem Ausmaß. Hinzu kommen nicht selten noch andere Lebensumstände, welche die Angehörigen unabhängig von der Erkrankung ihres Familienmitgliedes ebenfalls stark belasten. 44 % der Angehörigen geben an, weitere starke Belastungen im letzten Jahr erlebt zu haben. Sie nennen hier insbesondere die Fürsorge für kleine Kinder und die Pflege von älteren Familienangehörigen. Bedenkt man, dass auch über 30 % der Patienten weitere starke Belastungen unabhängig von ihrer Erkrankung angeben, welche an die Angehörigen ebenfalls häufig Anforderungen stellen (z. B. wenn ein erkrankter Sohn/Tochter wiederum selber Kinder hat, die der Fürsorge noch bedürfen), so potenzieren sich die Belastungen bzw. Aufgaben der Angehörigen. Es ist dadurch verständlich, dass sich viele Angehörige bis an die Grenze oder bereits über die Grenze ihrer Belastbarkeit hinaus von ihren Alltagsaufgaben herausgefordert fühlen. Da ferner in der untersuchten Stichprobe 39 % der Angehörigen angeben, keine Unterstützung in der Fürsorge um den Erkrankten durch Dritte zu erfahren, ist es erstaunlich und bewundernswert, dass dennoch 75 % der Angehörigen angeben, mit ihrem Leben zufrieden zu sein. Nur 16 % geben an, mit ihrem Leben unzufrieden oder sehr unzufrieden zu sein. Selbst wenn man eine gewisse „Pseudozufriedenheit“ abzieht, welche aufgrund von Anpassungsprozessen den Angehörigen notgedrungen nahe liegt (vgl. die Methodenkritik in Kapitel 5.1), verdient es Hochachtung, dass Angehörige sehr oft und engagiert die Fürsorge für ihr erkranktes Familienmitglied übernehmen. Auch wenn ihre Motive für dieses Engagement stark unterschiedlich sind und von reinem Pflichtgefühl bis zu tiefer inniger Verbundenheit reichen können (Beneken, Tellings, Gelissen, Garretsen & Bongers, 2008), so übernehmen die Angehörigen durch ihre Fürsorge zweifellos eine immense Aufgabe, ohne die unser Gesundheitssystem stark ins Wanken kommen oder zusammenbrechen würde (Bengel et al., 2003).

### 5.2.2 Belastungen in Abhängigkeit von der Art der psychischen Störung des Erkrankten

Studien, welche über verschiedene Diagnosegruppen hinweg die spezifischen Belastungen der Angehörigen erheben, gibt es bisher nur im Vergleich zweier Diagnosegruppen. Meist werden Angehörige von schizophrenen mit bipolar affektiven Patienten (Chadda, Singh & Ganguly, 2007; Chakrabarti, Raj & Kulhara, 1995) oder Angehörige von schizophrenen mit depressiven Patienten (Möller-Leimkühler, 2005; Östman, Wallsten & Kjellin, 2005; Wijngaarden et al., 2009) verglichen. Die vorliegende Studie gibt deshalb einen ersten direkten Vergleich der Belastungseinschätzungen der Angehörigen in Abhängigkeit von der Art der psychischen Erkrankung ihres Familienmitgliedes bezüglich der in allgemeinspsychiatrischen Abteilungen häufigsten vier Diagnosegruppen Schizophrenie, unipolare Depression, bipolar affektive Störung und Persönlichkeitsstörungen.

Die Analyse der *subjektiven Belastungen* in Abhängigkeit von der Art der psychischen Störung des Erkrankten zeigt über alle Diagnosegruppen hinweg, dass die Angehörigen stets am häufigsten emotionale (69-84 %) und gesundheitliche Belastungen (46-68 %) als „stark“ oder „extrem stark“ belastend angeben. Betrachtet man die Mittelwerte der subjektiven Intensitätsbewertungen der Angehörigen, so liegen bei allen vier Diagnosesubgruppen die höchsten Mittelwerte (2.7 bis 2.9 auf der Vier-Punkte-Skala) im Bereich der emotionalen Belastung, jeweils gefolgt von den Mittelwerten der gesundheitlichen Belastung (2.4 bis 2.7). Einzig von den Angehörigen der bipolar Erkrankten wird die Intensität der zeitlichen Belastungen (2.8) etwas höher eingeschätzt als die Belastungen in gesundheitlicher Hinsicht (2.7). Betrachtet man ferner die Globalscore der Intensitätseinschätzungen über die Subgruppen hinweg, so sind die Angehörigen der bipolar Erkrankten in ihrer Selbsteinschätzung mit einem Punktwert von 16.7 infolge der Erkrankung ihres Familienmitgliedes am höchsten belastet. Die Unterschiede zu den Punktwerten der Angehörigen der persönlichkeitsgestörten Patienten (16.2), der schizophren Erkrankten (16.0) wie der Angehörigen der depressiv Erkrankten (15.3) sind jeweils gering. Dies zeigt, dass die Erhebung der Belastungen mithilfe von Globalscores zu unspezifisch ist. Um effiziente Unterstützungsmöglichkeiten aus Angehörigenstudien ableiten zu können, müssen die Belastungen differenziert nach Belastungsbereich und Diagnose des erkrankten Familienmitgliedes erhoben werden. Dies belegt für den Vergleich der Belastungen von Angehörigen depressiv bzw. schizophren Erkrankter die Studie von Wijngaarden und Mitarbeitern (2009): Während die Angehörigen der schi-

zophren Erkrankten sich mehr Sorgen um die Erkrankten machen als die Angehörigen der depressiv Erkrankten, belastet letztere Angehörigen mehr die vermehrten Spannungen im Kontakt mit dem Patienten und die geringe soziale Unterstützung.

Hinsichtlich der *objektiven Belastungen* sticht, wie bereits bei der Analyse der subjektiven Belastungen, zunächst heraus, dass über alle Diagnosegruppen hinweg die Angehörigen stets am häufigsten von objektiven emotionalen (78-88 %) und gesundheitlichen Belastungen (70-83 %) berichten. Am häufigsten werden von den Angehörigen depressiv Erkrankter die emotionalen Belastungen (88 %) und von den Angehörigen bipolar affektiv Erkrankter die emotionalen (83 %) und eigenen gesundheitlichen Belastungen (83 %) genannt.

Bezüglich der *objektiven finanziellen Belastungen* fällt auf, dass 25 % der Angehörigen von bipolar affektiv Erkrankten mehr als 500 Euro finanzielle Aufwendungen für den Erkrankten pro Monat angeben im Vergleich zu 13 % der Angehörigen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und je 7 % der Angehörigen von depressiv oder schizophren Erkrankten. Bipolar Erkrankte tätigen insbesondere in manischen Phasen nicht selten hohe Geldausgaben. Da, häufig aus Scham, nicht alle in der Manie eingegangenen Kaufverträge wieder rückgängig gemacht werden (können), sind es oft die Angehörigen, die letztlich die Kosten tragen. Gleichzeitig sind jedoch die Angehörigen der bipolar Erkrankten mit 35 % auch die größte Gruppe, welche keinerlei Unterstützung für das erkrankte Familienmitglied nennen, während diese Größe bei den anderen drei Diagnosegruppen je circa 25 % ausmacht. Erstaunlich ist auch, dass in der Kategorie der Aufwendungen in Höhe von mehr als 300 Euro pro Monat nach den Angehörigen der bipolar Erkrankten (30 %) sehr bald die Angehörigen der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (25 %) folgen, während nur 17 % der Angehörigen von schizophren und 13 % der Angehörigen von depressiv Erkrankten Aufwendungen für den Patienten in Höhe von mehr als 300 Euro angeben. Von Angehörigen von persönlichkeitsgestörten Patienten werden insbesondere immer wieder sehr hohe Telefon- bzw. Handyskosten genannt. Die finanziellen Belastungen von Angehörigen von persönlichkeitsgestörten Patienten sind bisher jedoch noch nicht explizit untersucht worden. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen aber, dass die Belastungen dieser Subgruppe in finanzieller Hinsicht nicht unerheblich sind.

Die *objektiven Einschränkungen in der Freizeitgestaltung* der Angehörigen werden vor allen in der Subgruppe der Angehörigen der bipolar Erkrankten (63 %) als allgemein vorhanden angegeben. Die Angehörigen der schizophren Erkrankten schätzen das



Vorliegen dieser Einschränkungen dagegen in 46 % der Fälle als gegeben ein. Betrachtet man die Einschätzungen differenziert nach ihrer Häufigkeit zeigt sich, dass „nur“ 63 % der Angehörigen der bipolar Erkrankten „oft“ oder „manchmal“ Einschränkungen in der Freizeitgestaltung angeben, während dies bei 80 % der Angehörigen der schizophren Erkrankten, bei 87 % der Angehörigen der persönlichkeitsgestörten Patienten und bei 93 % der Angehörigen der depressiv Erkrankten der Fall ist. Eine Erklärung für den hohen Wert bei den Angehörigen der depressiv Erkrankten könnte sein, dass diese durch das Hilfesuchverhalten und die eher abhängige Struktur depressiv Erkrankter, besonders in ihrer Freizeitgestaltung eingeschränkt werden. Ferner belegt eine aktuelle Studie, dass Wissen oder Vermuten der Angehörigen um suizidale Ideen ihrer erkrankten Familienmitglieder die Angehörigen auch selbst hindert, ihren gewohnten Freizeitaktivitäten nachzugehen (McDonell et al., 2003). Die hohen Werte bezüglich der Einschränkungen in der Freizeitgestaltung bei den Angehörigen der depressiv Erkrankten decken sich mit Ergebnissen der 455 Angehörige umfassenden Studie von Östman et al. (2005), nach welcher signifikant mehr Angehörige von affektiv Erkrankten als von psychotisch Erkrankten Einschränkungen in ihrer Freizeit infolge notwendiger Fürsorge/Unterstützung für den Erkrankten angeben.

Die *objektiven zeitlichen Belastungen* der Angehörigen sind hinsichtlich des Unterstützungsbedarfes von 11 Stunden und mehr wiederum in der Subgruppe der Angehörigen der bipolar Erkrankten mit 42 % am größten. Auch die Angehörigen der depressiv Erkrankten berichten zu 35 % von einer Unterstützung ihres Angehörigen von 11 Wochenstunden und mehr, ebenso 29 % der Angehörigen der persönlichkeitsgestörten Patienten. Den geringsten objektiven zeitlichen Aufwand für die Unterstützung des Patienten geben die Angehörigen der schizophren Erkrankten an. Nur 18 % dieser Angehörigen subgruppe geben eine zeitliche Belastung von 11 Stunden und mehr an und 48 % schätzen ihre Unterstützung für das schizophrene Familienmitglied auf einen Umfang von 3 Stunden oder weniger pro Woche ein, während die Angehörigen der anderen drei Diagnosegruppe jeweils nur zu circa 30 % angeben, dass die von ihnen gegebene Unterstützung 3 Stunden oder weniger pro Woche beträgt. Zum Teil sind diese relativ geringen durchschnittlichen zeitlichen Belastungen der Angehörigen schizophren Erkrankter sicher darin begründet, dass sich schizophrene Patienten nicht selten von ihrer Umwelt zurückziehen. Auch Kontaktabbrüche zu nahen Angehörigen werden immer wieder berichtet.

Diese Ergebnisse sind ein klarer Beleg dafür, dass die viele Jahrzehnte vorrangige Untersuchung der Situation von Angehörigen schizophrener Erkrankter zu kurz greift (Angermeyer et al., 1997; Jungbauer et al., 2001a; Maurin & Boyd, 1990; Reine et al., 2003; Wijngaarden et al., 2009) und die Forschung feinere diagnosenabhängige Untersuchungen konzipieren muss, um den spezifischen Unterschieden zwischen den Diagnosensubgruppen gerecht zu werden. Wie die differenzierte Analyse der objektiven und subjektiven Belastungen der Angehörigen in ihrer Selbsteinschätzung zeigt, kann die Einschätzung der subjektiven Belastung in den sieben untersuchten Belastungsbereichen durchaus ähnlich sein und die objektive Belastung dennoch stark in Abhängigkeit von der Diagnose divergieren. Auch stellen diese Ergebnisse Studien mit meist geringem Stichprobenumfang in Frage, welche aus ihren Analysen (vorschnell) den Rückschluss ziehen, dass Angehörige von Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen vergleichbare Belastungen in Ausmaß und Art haben (Fan & Chen, 2009; Östman et al., 2005).

### 5.2.3 Vergleich der Belastungseinschätzung der Patienten und der Angehörigen

Die *inhaltsanalytische Auswertung* der Belastungen zeigt zwar, dass Patienten von der Möglichkeit, die Belastungen der Angehörigen mit eigenen Worten genauer zu beschreiben, deutlicher seltener Gebrauch gemacht haben als die Angehörigen. Die für die vier abgefragten Bereiche Beruf, Gesundheit, Emotionen und Institution genannten spezifischen Belastungen zeigen jedoch eine beeindruckende Übereinstimmung zwischen den Angaben der Patienten und der Angehörigen. So nennen sowohl die Angehörigen wie die Patienten im Bereich der beruflichen Belastungen am häufigsten den vermehrten Stress der Angehörigen in der Arbeit infolge der Erkrankung, gefolgt von notwendigen Änderungen in der Arbeitszeit. Im Bereich gesundheitliche Belastungen werden von Angehörigen wie von Patienten am häufigsten Schlafstörungen, Erschöpfung und depressive Verstimmung genannt. Ebenso stimmen die drei am häufigsten genannten Belastungen im Bereich Emotionen zwischen Angehörigen und Patienten überein. Sie nennen die Angst vor Rückfall, Hilflosigkeit und Zukunftsängste am häufigsten. Schließlich werden auch im Bereich Institutionen an der Spitze der Häufigkeitsnennungen die mangelnde Information über Erkrankung und Behandlung sowie die wohnortferne Behandlung genannt. Diese inhaltsanalytischen Auswertungen stimmen sehr gut mit den in der Literatur am häufigsten genannten Belastungen überein (Awad & Voruganti, 2008; Angermeyer et al., 1997; Jungbauer, 2002; Maurin & Boyd, 1990; Noble, Douglas & Newman, 1999; Ohaeri, 2003; Pascoe, 1983; Schmid et al., 2007; Schmid, Huttel, Binder, Cording & Spießl, 2006; Schmid, Schielein & Spießl, 2008; Van der Voort, Goossens & Van der Bijl, 2007), wobei berücksichtigt werden muss, dass für die Bereiche zeitliche Belastungen, finanzielle Belastungen und Belastungen bezüglich der Einschränkung von Freizeitgestaltungen die Rubrik offene Worte im Fragebogen nicht gegeben war, sondern die objektiven Belastungen in diesen Bereichen jeweils in absoluten Werten (Zeit in Tage bzw. Stunden und Finanzen in Euro) abgefragt wurden.

Diese realistischen Einschätzungen durch die Patienten sind sicher auch deshalb möglich, weil in der vorliegenden Stichprobe 61 % der Angehörigen mit dem Patienten in einem Haushalt leben und 45 % der Angehörigen über 35 Stunden unmittelbaren Kontakt mit dem Erkrankten in der Woche angeben. Infolge dieses engen Kontaktes gelingt Patienten der Perspektivenwechsel und sie können die Belastungen infolge ihrer Erkrankung für ihre Angehörigen mit eigenen Worten benennen.

Der *statistische Vergleich* der Belastungen der Angehörigen in der Einschätzung der Angehörigen mit den Einschätzungen der Patienten basiert auf der Stichprobe der 111 Patienten-Angehörigen-Paare. Bei der Interpretation der diagnosenspezifischen Auswertungen muss einschränkend auf die relativ kleinen Stichproben hingewiesen werden: Während den Analysen der depressiven Subgruppe noch 40 Patienten-Angehörigen-Paare zugrunde liegen, sind es bei der schizophrenen Subgruppe 36, bei der bipolaren Subgruppe 18 und bei der Subgruppe der Persönlichkeitsstörungen nur 17 Paare.

Die Einschätzungen der Patienten bezüglich der Belastungen der Angehörigen liegen auch in der diagnosenspezifischen Auswertung erstaunlich nahe bei den Belastungseinschätzungen durch die Angehörigen selbst. So liegen in der Kategorie der *subjektiven Belastungseinschätzung* keinerlei signifikante Unterschiede im Vergleich der Belastungseinschätzungen zwischen Patienten und Angehörigen der Paarseichprobe vor. Hinsichtlich der *objektiven Belastungseinschätzung* geben persönlichkeitsgestörte Patienten der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe mehr objektive emotionale Belastungen der Angehörigen infolge ihrer Erkrankung an, als ihre Angehörigen dies selbst angeben. Andererseits geben die Patienten der gesamten Patienten-Angehörigen-Stichprobe weniger objektive finanzielle Belastungen ihrer Angehörigen infolge ihrer psychischen Erkrankung an als ihre Angehörigen dies tun. Auch bezüglich der objektiven Belastungseinschätzungen liegen somit nur wenige unterschiedliche Belastungseinschätzungen von Patienten und Angehörigen vor. Insbesondere ist damit widerlegt, dass die Patienten die Belastungen der Angehörigen schlichtweg unterschätzen.

Der *Vergleich der Faktorenanalysen* des Belastungsfragebogens zeigt weitere Übereinstimmungen. Die zwei Faktoren des Belastungsfragebogens der *Patientenstichprobe* umfassen zum einen die „Institutionelle, emotionale und gesundheitliche Belastung (IEGB)“ und zum anderen die „Zeitliche und finanzielle Belastung (ZFB)“. Die ermittelten Faktoren sind inhaltlich plausibel: Emotionale Belastungen wie Sorgen und Belastungen im Umgang mit der Institution, in welcher der Erkrankte behandelt wird, wirken sich auf die gesundheitliche Belastung aus. Ferner ist der Zusammenhang zwischen Zeit und Geld einleuchtend. Die ermittelten Inter-Item-Korrelationen zwischen den sieben Belastungsbereichen sind alle hochsignifikant. Die Korrelation zwischen den emotionalen und gesundheitlichen Belastungen ist jedoch die höchste und unterstützt die durch die Faktorenanalyse extrahierten Faktoren. Bezüglich der *Angehörigenstichprobe* konnten ebenfalls zwei Faktoren ermittelt werden: Der erste Faktor beinhaltet die „Zeitliche, gesundheitliche und emotionale Belastung (ZGEB)“ und Faktor zwei die „Finan-

zielle und institutionelle Belastung (FIB)“. Die zeitlichen und finanziellen Belastungen wurden im Gegensatz zur Patientenstichprobe nun dem je anderen Faktor zugeordnet, ansonsten stimmen die Ergebnisse der Faktorenanalysen der Patienten- und Angehörigenstichproben jedoch erstaunlich überein.

Zusammenfassend kann also die Frage, ob sich Patienten und Angehörige in der Einschätzung der Belastungen der Angehörigen infolge der Erkrankung ihres Familienmitgliedes unterscheiden, verneint werden. Selbst wenn das weichere Kriterium von  $p \leq .05$  gewählt wird, werden nur 17 der insgesamt 75 Vergleiche der subjektiven und objektiven Belastungseinschätzung der Angehörigen bzw. Patienten signifikant. Psychisch Kranke haben also ein gutes Gefühl für die Situation ihrer Angehörigen. Sie realisieren die Last, die ihre Erkrankung auch für ihre Angehörigen im Alltag bedeutet. In der Wahrnehmung der Angehörigen sind die Patienten jedoch meist mit ihrem eigenen Leid beschäftigt. Immer wieder wird in Angehörigengruppen der Vorwurf laut, die Erkrankten würden egoistisch nur um sich selber kreisen und die Belastungen der Angehörigen nicht erkennen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stehen diesen Vorwürfen entgegen. Es muss deshalb eher als ein Zeichen von Überforderung und Hilflosigkeit der Erkrankten interpretiert werden, wenn sie für die belastende Situation ihrer Angehörigen keine Worte finden. Die bisher einzige Studie, welche sich ebenfalls mit der Einschätzung der Belastung der Angehörigen aus der Sicht der Patienten befasst, ist eine qualitative Befragung von Dialyse-Patienten (Cousineau et al., 2003). Die Ergebnisse dieser Pilotstudie zeigen, dass das Gefühl, seinen Angehörigen „Ballast zu sein“, zu emotionalem Stress bei den Erkrankten führt und die Beziehung mit dem Angehörigen stark belasten kann. Die Autoren entwickelten deshalb einen Fragebogen, der dieses „Ballast-Sein“ für den Angehörigen misst. Die Identifizierung von Patienten mit einem starken Bewusstsein für die schwierige Situation ihrer Angehörigen ist insbesondere im Sinne der Prävention wichtig. Das Bewusstsein, für den Angehörigen belastend zu sein, kann Schuldgefühle beim Patienten auslösen (Cousineau et al., 2003), welche sogar (Mit-)Ursache von suizidalem Verhalten werden können (Brezo, Paris & Turecki, 2006; Pinikahana, Happel & Keks, 2003; Westheide et al., 2008). Suizidversuche der Patienten erhöhen wiederum die Belastungen der Angehörigen (Chessick et al., 2007). Diesen Kreislauf von wechselseitiger Belastung der Patienten bzw. Angehörigen gilt es zu durchbrechen. Dies muss jedoch in sehr behutsamer Weise und möglichst im trialogischen Gespräch mit dem Patienten und den Angehörigen durch Therapeuten erfolgen, welche für diesen Kreislauf der wechselseitigen Schuldgefühle sensibilisiert sind.

## 5.3 Charakteristische Kontrollüberzeugungen

### 5.3.1 Analysestichprobe der Patienten

In der *Gesamtstichprobe der Patienten* sind die internalen Kontrollüberzeugungen ( $M = 28$ ) und sozial-externalen Kontrollüberzeugungen ( $M = 27$ ) am stärksten ausgebildet, gefolgt von den fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen ( $M = 23$ ). Diese Ergebnisse bestätigen bisherige Forschungsergebnisse, die zeigen, dass chronisch Kranke im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung insbesondere auch häufig sozial-externale Kontrollüberzeugungen aufweisen, während in der Allgemeinbevölkerung die internalen Kontrollüberzeugungen eindeutig am stärksten ausgebildet sind. (Birchwood et al., 1993; Goodman, Cooley et al., 1994; Haley, Drake, Bentall & Lewis, 2003; Harrow, Hansford & Astrachan-Fletcher, 2009; Lohaus, 1992; Lasar & Loose, 1994; Varkey & Sathyavathi, 1984). Der Zusammenhang zwischen zunehmendem Schweregrad der Erkrankung und real abnehmenden Kontrollmöglichkeiten, i. d. R. den internalen Kontrollmöglichkeiten, ist einleuchtend. Internale Kontrollverluste bedingen jedoch Gefühle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins. Negativ verstärkend kommt bei vielen Patienten ein reduziertes Selbstbewusstsein infolge der Erkrankung hinzu. Zukunftsängste und die Suche nach Stützen außerhalb der eigenen Person sind verständliche Folgen dieser Dynamik. Patienten „klammern“ sich infolge dieser Wechselwirkungen viel häufiger an mögliche externe Hilfen (Angehörige, professionelle Helfer) und sind offener für fatalistische Erklärungen ihrer Lebenssituation und „Wunderheiler“, als dies gesunde Menschen tun. Dies hat weitreichende Folgen für die Therapie psychiatrischer Erkrankungen: Ziel ist, den Patienten wieder Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen, welche ihre internalen Kontrollüberzeugungen weiter stärken und ihre externalen Zuschreibungen reduzieren. Patienten sollen Behandlungserfolge nicht external attribuieren („Glück“ oder „weil der Therapeut so gut ist“), sondern als logische Folge ihrer eigenen Anstrengung erkennen. Dementsprechend muss sich auch der Therapeut seiner Aufgabe als „Helfer zur Selbsthilfe“ bewusst sein. Schließlich sind auch Zusammenhänge zwischen erhöhten externalen Kontrollüberzeugungen und vermehrten Einschränkungen in der beruflichen Funktionsfähigkeit belegt (Eklund, 2007; Michon et al., 2008). Dies zeigt, dass die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen nicht nur Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigung im engeren Sinne sondern auch weitreichende Folgen für Le-

bensbereiche hat, die für die Autonomie und soziale Integration der Erkrankten von großer Wichtigkeit sind.

Betrachtet man die Stichprobe der Patienten *in Abhängigkeit von ihrer Diagnose*, so stimmen die durchschnittlichen Ausprägungen der internalen, sozial-externalen und fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen mit der Gewichtung in der Gesamtstichprobe überein. Einzig in der Subgruppe der *depressiven Patienten* überwiegen die sozial-externalen die internalen Kontrollüberzeugungen noch knapp. Dies kann mit der besonderen Psychopathologie von depressiven Patienten erklärt werden, welche häufig von Unentschiedenheit, fehlendem Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein gekennzeichnet ist. Die Studie von Goodman und Mitarbeiter (1994) belegt dementsprechend einen signifikanten Zusammenhang zwischen einem geringem Selbstwertgefühl und vermehrten externalen Kontrollüberzeugungen bei den schizophrenen und depressiven Patienten, welcher sich nicht in der gesunden Kontrollgruppe findet. In der Studie von Harrow, Hansford und Astrachan-Fletcher (2009) waren die externalen Kontrollüberzeugungen bei den depressiven Patienten im Vergleich zu den schizophrenen Patienten ebenfalls signifikant höher. Diese Studie belegt jedoch auch, dass die internalen Kontrollüberzeugungen nach Abklingen der akuten Krankheitsphase, insbesondere in symptomfreien Zeiten, in ihrem Ausmaß i. d. R. wieder zunehmen.

Konträre Ergebnisse findet eine frühe Studie von Pryer und Steinke (1973). In ihrer Stichprobe von 115 Patienten mit psychischen Störungen überwiegen die externalen Kontrollüberzeugungen bei den schizophrenen Patienten und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu depressiven und undifferenziert Erkrankten. Sie bestätigen damit eine Studie von Harrow und Ferrante (1969), welche ebenfalls die schizophren Erkrankten als das signifikant am meisten external attribuierende Klientel belegt. Weitere Studienergebnisse über den Vergleich von Kontrollüberzeugungen psychisch Kranker in Abhängigkeit von ihrer Diagnose liegen bisher nicht vor. Eventuell prägten frühere Zeiten andere Einstellungen und Kontrollüberzeugungen bezüglich eigener Erkrankung, so dass die konträren Ergebnisse dieser zwei frühen Forschungsarbeiten durch einen anderen Zeitgeist erklärt werden könnten.

Gut belegt sind inzwischen auch positive *Zusammenhänge* zwischen internalen Kontrollüberzeugungen und Krankheitseinsicht (Donohoe, Donnel, Owens & O'Callaghan, 2004; Warner, Taylor, Powers & Hyman, 1989; Williams & Collins, 2002) sowie Compliance der Patienten (Haley, et al., 2003).

### 5.3.2 Analysestichprobe der Angehörigen

In der Gesamtstichprobe der Angehörigen sind die internalen Kontrollüberzeugungen ( $M = 26$ ) am stärksten ausgebildet, gefolgt von den sozial-externalen ( $M = 23$ ) und den fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen ( $M = 19$ ). Vergleichbare quantitative Studien fehlen bisher. Die einzige bereits in der Einleitung (Kapitel 1.2.3.2) näher beschriebene qualitative Studie kann aufgrund der geringen Fallzahl ( $n = 6$ ) nicht zum Vergleich herangezogen werden.

Bisher wird in der Forschung allgemein angenommen, dass sich die Kontrollüberzeugungen von Angehörigen psychisch Kranker nicht von der Normalbevölkerung unterscheiden (Bentson et al., 1997; Holley, 1998; Stolle & Stark, 1994). Valide Belege für diese Annahme stehen jedoch noch aus. Bestätigt sich diese Annahme, so wäre dies ein Hinweis auf stark ausgeprägte Ressourcen der Angehörigen: Trotz der von ihnen vielfach genannten Hilflosigkeit und Ohnmacht wären sie in ihren Kontrollüberzeugungen stabil. Sehr gut möglich wäre auch, dass sich die Kontrollüberzeugungen der Angehörigen zumindest mit zunehmender Erkrankungsdauer und -schwere der Patienten (wie bei den Patienten belegt) verändern. Auch sie erfahren in ihrer Rolle als Fürsorger um den Erkrankten vielfach Ohnmacht und sind von „externalen Helfern“ (Therapeuten) und Entscheidungen Dritter (Bewilligungen von finanziellen Hilfen, Vergabe von Wohnheimplätzen) abhängig. Es wäre also verständlich, wenn diese Erfahrungen nicht nur die Kontrollüberzeugungen der Patienten, sondern auch die ihrer Angehörigen modifizieren würden. Denkbar ist, dass das Ausmaß der internalen Kontrollüberzeugungen der Angehörigen über dem der Erkrankten, aber unter dem der Normalbevölkerung liegt. Der Nachweis dieser Meinung ist jedoch aus den vorliegenden Daten nur bezüglich der Abstufung Patient – Angehöriger möglich (vgl. Kapitel 5.3.3), nicht aber bezüglich der Differenzierung der Kontrollüberzeugungen von Angehörigen im Vergleich zur Normalbevölkerung, da in der vorliegenden Studie der Vergleich mit der gesunden Kontrollgruppe fehlt. Anstehende Forschungen bezüglich dieser Fragen hätten auch Einfluss auf Möglichkeiten der Unterstützung der Angehörigen. Durch Information über diese – meist unreflektiert stattfindenden – psychodynamischen Zusammenhänge, könnten die Angehörigen Entlastung der Gestalt erfahren, dass sie Erklärungen für ihre Gefühle der Hoffnungs- und Sinnlosigkeit finden und im Sinne einer konstruktiven Krankheitsbewältigung mit professioneller Unterstützung ihr Augenmerk auf die Stärkung ihrer internalen Kontrollüberzeugungen lenken könnten.



### 5.3.3 Vergleich der Kontrollüberzeugungen der Patienten und der Angehörigen

Im Vergleich der Kontrollüberzeugungen der *gesamten Analysestichproben der Patienten und Angehörigen* verfügen die Patienten sowohl über höhere sozial-externale wie über höhere fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen, nicht aber über höhere interne Kontrollüberzeugungen.

Vergleicht man die Kontrollüberzeugungen der *Gesamtstichproben* der Patienten und Angehörigen *in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten* so verfügen die Patienten aller vier Diagnosegruppen jeweils über höhere sozial-externale und fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen als die zugehörigen Angehörigen. In der Diagnosegruppe der bipolar affektiv erkrankten Patienten liegen ferner auch im Bereich Internalität höhere Kontrollüberzeugungen bei den Patienten wie bei ihren Angehörigen vor.

Da sowohl für den Vergleich der Ergebnisse zu den gesamten Analysestichproben wie zu den Ergebnissen bezüglich der Auswertung der Kontrollüberzeugungen in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten vergleichbare Daten/Studien bisher gänzlich fehlen, können diese Ergebnisse nur als vorläufig interpretiert werden. Die im Vergleich zu den Angehörigen stärker ausgeprägten sozial-externalen wie fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen der Erkrankten sind jedoch gut erklärbar. Einen gewissen Kontrollverlust teilen sowohl Patienten wie Angehörige. Beide leiden am „Auf-und-Ab der Erkrankung“, haben wenig Einfluss auf die akute Symptomatik, sind von Dritten (Therapeuten, Sozialarbeitern etc.) abhängig, bzw. stoßen in bedrängenden Sinnfragen an ihre Grenzen und sind gegenüber fatalistischen Erklärungen in Fragen der Erkrankung offener als gesunde Menschen. Bei der Gruppe der Patienten kommt jedoch noch das Ausgeliefertsein an die Erkrankung im engeren Sinne hinzu. Nur sie leiden an Symptomen ihrer Erkrankung wie möglicherweise formalen Denkstörungen, inhaltlichen Denkstörungen wie Wahn, Halluzinationen und Ich-Störungen, „Leere im Kopf“ und „Nicht-Denken-Können“, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und anderen kognitiven Einschränkungen. Auch nur sie haben mit nicht immer geringen Nebenwirkungen ihrer verordneten Medikation zu kämpfen. Diese gegebenenfalls akute Krankheitssymptomatik bedingt noch einmal einen anderen Kontrollverlust, als ihn die Angehörigen erfahren, so dass es nachvollziehbar erscheint, dass die Patienten noch einmal stärker external attribuieren, als dies die Angehörigen tun.

Der Vergleich der Kontrollüberzeugungen der Patienten und Angehörigen in der *Gesamtstichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare* ( $n = 111$ ) bestätigt das bisher disku-

tierte Muster: Die Patienten besitzen signifikant höhere sozial- und fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen als ihre Angehörigen. Dies hat Gültigkeit auch für die schizophrenen Patienten dieser Pairstichprobe ( $n = 36$ ). Erstaunlicherweise unterscheiden sich die unipolar depressiven ( $n = 40$ ) und die bipolar affektiv erkrankten Patienten ( $n = 18$ ) in dieser paarigen Auswertung jedoch jeweils bezüglich der drei untersuchten Subskalen des Fragebogens zu Kontrollüberzeugung nicht von ihren Angehörigen. Auch die persönlichkeitsgestörten Patienten der paarigen Auswertung ( $n = 17$ ) zeigen ein anderes Antwortmuster und unterschieden sich bezüglich der internalen und externalen Kontrollüberzeugungen nicht von ihren Angehörigen. Dies kann möglicherweise durch die geringen Stichprobengrößen der diagnosespezifischen Subgruppen in der Paarauswertung bedingt sein. Denkbar ist jedoch auch, dass die Angehörigen der bipolar und depressiv Erkrankten durch die jeweils spezifische Psychopathologie des Patienten in anderer (höherer) Weise belastet sind und somit dem Patienten ähnlichere Kontrollüberzeugungen ausbilden, als dies die Angehörigen der anderen beiden Diagnosegruppen F20 und F60/61 tun. Die diagnosespezifische Auswertung des Belastungsfragebogens (vgl. Kapitel 5.2.3 sowie Tab. 4.2 und 4.4) stützt die letztgenannte Hypothese. Insbesondere für die Angehörigen der bipolar affektiv Erkrankten der Gesamtstichprobe wie der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe wurden für spezifische Belastungsbereiche höhere Belastungsscores ermittelt, als dies für Angehörigen der anderen Diagnosegruppen der Fall war.

## 5.4 Charakteristische Krankheitsbewältigungsstrategien

### 5.4.1 Analysestichprobe der Patienten

Die Auswertung der Kennwerte des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV) zeigt, dass die Patienten der *Gesamtstichprobe* vorrangig aktiv problemorientiertes Coping ( $M = 3.2$ ; 5-Punkte-Skala) sowie Ablenkung und Selbstaufbau ( $M = 3.2$ ) zur Bewältigung ihrer Erkrankung nützen, jedoch dicht gefolgt von depressiven Verarbeitungsstrategien ( $M = 3.0$ ), Bagatellisierung und Wunschdenken ( $M = 3.0$ ) sowie Religiosität und Sinnsuche ( $M = 2.8$ ). Die Patienten haben also ein breites Spektrum von adaptiven und maladaptiven Bewältigungsstrategien. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen zur Krankheitsbewältigung psychisch Kranker (Kartalova-O'Doherty & Doherty, 2008; Parikh et al., 2007; Rao, 2009; van der Voort et al., 2007).

Betrachtet man die Stichprobe *in Abhängigkeit von der Diagnose der Patienten* so fällt auf, dass Items des Bereichs aktiv problemorientiertes Coping von den schizophrenen und bipolar erkrankten Patienten am häufigsten angekreuzt werden, während die depressiven und persönlichkeitsgestörten Patienten am häufigsten Aussagen des Bereichs depressive Verarbeitung angeben. Den Zusammenhang zwischen Depression mit maladaptiven Bewältigungsstrategien, wie z. B. Vermeidung, bestätigen auch andere Studien (Christensen & Kessing, 2005; Kelly, Sereika, Battista & Brown, 2007). Diesen Teufelskreis der Verstärkung depressiver Symptome durch wiederum bevorzugt depressive Verarbeitungsformen gilt es zu durchbrechen, um die „Spirale nach unten“, welche von vielen depressiv Erkrankten berichtet wird, umzukehren. Die schizophren und bipolar Erkrankten verwenden dagegen durchschnittlich am wenigsten die depressive Verarbeitung (bzw. bei den schizophrenen Patienten ist die depressive Verarbeitung gleich häufig wie Bagatellisierung und Wunschdenken), während Religiosität und Sinnsuche häufiger genannt werden. Dies steht in Einklang mit der Studie von Philipps und Stein (2007), welche belegen, dass schizophren und bipolar Erkrankte vergleichbar häufig von religiösen Praktiken berichten wie eine gesunde Kontrollgruppe. Depressiv Erkrankte dagegen nutzen am wenigsten die Verarbeitungsstrategien Ablenkung und Selbstaufbau sowie Religiosität und Sinnsuche, bei den persönlichkeitsgestörten Patienten steht Religiosität und Sinnsuche an letzter Rangstelle. Die Bedeutung von Spiritualität und Religiosität für die Krankheitsbewältigung wird in den USA bereits seit einigen

Jahrzehnten, in Deutschland jedoch erst seit circa einem Jahrzehnt erkannt. Ein Review auf der Basis von 89 publizierten Studien von Seyringer und Mitarbeiter (2007a) zeigt, dass im Vergleich zu Psychiatern Patienten bis doppelt so häufig Religion als wichtigen Faktor benennen. Die Autoren schlussfolgern, dass das als „religiosity gap“ bezeichnete Spannungsfeld zwischen spirituellen Konzepten von Patienten und behandelnden Psychiatern in Zukunft vermehrt fokussiert werden sollte. Die verstärkten Forschungen der letzten Jahre belegen nach der Übersichtsarbeit von Krebs (2001), die 212 hauptsächlich angloamerikanische Studien einschließt, überwiegend einen positiven Effekt von Religiosität auf die psychische Gesundheit. Auch die Überblicksarbeit von Seyringer und Mitarbeiter (2007) zeigt überwiegend positive Wirkfaktoren von Religion/Spiritualität auf die psychische Gesundheit auf. Sie zählen sämtliche in der Literatur gesicherten Wirkfaktoren in ihrer Arbeit auf. Die am häufigsten nachgewiesenen positiven Wirkfaktoren sind positives Selbstwertgefühl, Hoffnung, Lebensfreude und gesteigerter Selbstrespekt, Sinngebung der Krankheit, verbesserte soziale Kontakte, Schutz vor Suizid(versuchen), Schutz vor Substanzabusus, religiöse Praktiken (Gebete, Meditation etc.) zur Reduktion von Angst- und Stresssymptomen und andere. Unter die Rubrik negative Wirkfaktoren zählt dagegen, dass die Angst vor Suizid durch den Glauben an ein Leben nach dem Tod vermindert wird sowie verstärkte Schuld- und Schamgefühle, Verleugnen von Problemen, passives Warten auf Gott, der die Situation wieder unter Kontrolle bringt, durch übermäßige Beschäftigung mit Religion gesteigerte Erwartung an sich selbst, Isolation von anderen (nichtreligiösen) Menschen und unflexible, starre Überzeugungen, die alternative Denkweisen ausschließen. Diese Vielzahl an positiven und negativen Wirkfaktoren zeigt, dass es zwingend notwendig ist, die Religiosität des Patienten in der Therapie zu berücksichtigen und Gespräche über die religiösen Überzeugungen der Erkrankten zumindest als offenes Angebot zu etablieren. Dies unterstreichen auch Studienergebnisse, welche einen Zusammenhang zwischen niedrigerer Suizidalität bei konfessionell Gebundenen und religiös Aktiveren belegen (Koenig, McCullough & Larson, 2001) bzw. dass intrinsisch motivierte Religiosität vor allem auch die Remission von depressiven Episoden erleichtert (König, George & Peterson, 1998).

Die *inhaltsanalytische Auswertung* der Frage, welches der 35 Items des FKV's dem Patienten am meisten geholfen hat, zeigt, dass „Vertrauen setzen in die Ärzte“ den Patienten am meisten in der Bewältigung ihrer Krankheit geholfen hat. Dies bestätigt die Analysen von Muthny, Bechtel und Spaete (1992), welche zeigen, dass auch bei schweren körperlichen Erkrankungen die häufigsten Formen der Krankheitsverarbeitung über

viele Diagnosegruppen hinweg compliancebezogene Bewältigungsstrategien sowie „Vertrauenssetzung in die Ärzte“ sind. Die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung für die Krankheitsbewältigung kann also kaum überschätzt werden, was auch in Studien über Prädiktoren der Behandlungszufriedenheit von Patienten wiederholt gezeigt wird (Spießl et al., 1996; 2009). Diese Ergebnisse sind ein deutlicher Auftrag der Patienten an die Entscheidungsträger, die immer noch weiter wachsenden Dokumentationspflichten im Stationsalltag und dementsprechend knapper werdenden Zeitbudgets der Ärzte wieder mehr zugunsten des direkten Arzt-Patienten-Kontaktes zu verbessern (Putzhammer et al., 2006).

#### 5.4.2 Analysestichprobe der Angehörigen

Die Angehörigen der *Gesamtstichprobe* benützen vorrangig aktiv problemorientierte Copingstrategien ( $M = 3.6$ ) sowie Ablenkung und Selbstaufbau ( $M = 3.0$ ), jedoch relativ häufig werden auch Religiosität und Sinnsuche ( $M = 2.8$ ) sowie depressive Verarbeitungsstrategien ( $M = 2.6$ ), weniger dagegen Bagatellisierung und Wunschdenken ( $M = 2.3$ ) als Verarbeitungsstrategien genannt. Kategorisiert man die drei erstgenannten Verarbeitungsstile unter die adaptiven Bewältigungsstrategien und depressive Verarbeitung sowie Bagatellisierung und Wunschdenken unter die maladaptiven Verarbeitungsstile, dann nützen Angehörige vor allem adaptive Verarbeitungsstile. Solomon und Draine (1995a, b) haben ferner den Nachweis erbracht, dass insbesondere diejenigen Angehörigen adaptive Bewältigungsformen einsetzen können, welche vermehrt soziale Unterstützung erfahren.

Betrachtet man die Angehörigenstichprobe *in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten*, so schätzen nach der Itemanalyse die Angehörigen aller Diagnosesubgruppen aktiv problemorientiertes Coping als die am häufigsten von ihnen eingesetzte Verarbeitungsstrategie ein, jeweils gefolgt von der Strategie Ablenkung und Selbstaufbau. Die Forschungslage ist hier jedoch bisher durch methodisch stark unterschiedliche und somit schwer vergleichbare Studien gekennzeichnet, die häufig zudem nur zwei Diagnosesgruppen umfassen. Während Jungbauer und Angermeyer (2003) bei Partnern schizophrener Patienten vorrangig problembezogene Bewältigungsstrategien wie z. B. Informationssuche, Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten und Konzepte des Krisenmanagements belegen, zeigt die Studie von Chakrabarti und Gill (2002), dass Angehörige schizophrener Erkrankter häufiger emotionszentrierte und Angehörige von bipolar Erkrankten häufiger problemorientierte Bewältigungsstrategien nutzen. Die Autoren Chakrabarti und Gill (2002) erklären diese Unterschiede im Bewältigungsverhalten mit dem unterschiedlichen Maß der erfahrenen Wertschätzung und Belastung der Angehörigen. Während diese Vermutung jedoch bisher nicht belegt ist, ist der Zusammenhang zwischen der Verwendung von maladaptiven Copingstrategien von Angehörigen psychisch Kranker mit signifikant höheren Ausprägungen von Distress und Hoffnungslosigkeit der Angehörigen inzwischen mehrfach belegt (Fortune, Smith & Garvey, 2005; Friedman-Yakoobian et al., 2009; Scazufca & Kuipers, 1999). In der vorliegenden Studie werden erstaunlich häufig von den Angehörigen aller Diagnosesubgruppen Religiosität und Sinnsuche als Verarbeitungsstrategie genutzt, sie steht jeweils an dritter Stelle

in der Rangfolge. Auf das wachsende Bewusstsein für religiöse Überzeugungen und Praktiken in ihrem Einfluss auf die Krankheitsbewältigung wurde bereits bei der Analyse der Patientenstichprobe (vgl. Kapitel 5.4.1) eingegangen. Dem trägt auch die Entwicklung von spezifischen Erhebungsinstrumenten zur Erfassung von Spiritualität/Religiosität Rechnung, welche sowohl bei Patienten wie bei Angehörigen eingesetzt werden können (Zwingmann, 2005). Der positive Zusammenhang zwischen religiösen Praktiken/Überzeugungen und seelischer Gesundheit ist umso deutlicher, je „verinnerlichter“ und persönlich die Religiosität gelebt wird. Klein und Albani (2007) weisen hier auf den Unterschied zwischen intrinsisch motivierten, d. h. um ihrer selbst willen ausgeübten, versus extrinsisch, d. h. nur äußerlich (z. B. Kirchgang), ausgeübten Verhaltensweisen hin. Ausschlaggebend für die gesundheitliche Relevanz sind vor allem eine verinnerlichte religiöse Sozialisation und bewusst gelebte Religiosität. Ist letzteres gegeben, so vermindern religiöse Praktiken der Angehörigen nachweislich ihre subjektiven Belastungen (Barroso, Bandeira & Do Nascimento, 2009). Am wenigsten häufig werden von den Angehörigen der vorliegenden Studie schließlich Items der Bereiche Bagatellisierung und Wunschdenken angekreuzt, was zeigt, dass Angehörige die Probleme sehen und zu lösen versuchen. Etwas häufiger werden Aussagen genannt, die der depressiven Verarbeitung zuzurechnen sind.

Die *inhaltsanalytische Auswertung* der Frage, welches der 35 Items des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung den Angehörigen am meisten geholfen hat, zeigt, dass „Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen“ sowie „Aktive Anstrengung zur Lösung des Problems unternehmen“ und „Vertrauen setzen in die Ärzte“ den Angehörigen am meisten in der Bewältigung der Krankheit des Patienten geholfen haben. Jungbauer et al. (2002) weisen mit ihrer qualitativen Erhebung an 42 Angehörigen schizophren Erkrankter jedoch auf ambivalente Erfahrungen von Angehörigen in ihrem Kontakt mit behandelnden Ärzten hin: Sie erfahren den behandelnden Arzt nicht nur als Bewältigungsressource sondern auch als zusätzliche Belastung: Neben Entlastung durch erhaltene Informationen zur Erkrankung, leiden nicht wenige Angehörige auch an ihrer späten, knappen und/oder vagen Information in unverständlicher Fachsprache. Neben verständnisvollem, partnerschaftlichem Umgang der Ärzte mit den Angehörigen erfahren Angehörige auch arrogantes Nicht-Ernstgenommen-Werden und Kommunikation mit stark anschuldigendem Grundtenor. Die angeführten Ergebnisse zeigen jedoch, wie wichtig Information der Angehörigen sowie regelmäßiger Kontakt mit den Ärzten für die Krankheitsbewältigung der Angehörigen ist.

### 5.4.3 Vergleich der Bewältigungsstrategien der Patienten und der Angehörigen

Der Vergleich der Bewältigungsstrategien der jeweiligen *Gesamtstichproben* der Patienten und Angehörigen zeigt, dass die Patienten stärker auf depressive Verarbeitungsstrategien, Ablenkung und Selbstaufbau sowie Bagatellisierung und Wunschdenken zurückgreifen als ihre Angehörigen. Die Angehörigen nutzen dagegen häufiger aktiv problemorientiertes Coping. Kein Unterschied besteht zwischen den Patienten und Angehörigen bezüglich Religiosität und Sinnsuche als Verarbeitungsstrategie. Da wiederum vergleichbare Studien fehlen, können diese Ergebnisse nur vorbehaltlich der Bestätigung in weiteren Studien diskutiert werden. Angehörige scheinen über höhere Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung zu verfügen als die Patienten, was jedoch angesichts der unmittelbaren Betroffenheit der Patienten und den nicht selten vorliegenden kognitiven Defiziten bei Patienten in akuten Phasen ihrer Erkrankung nicht verwundert. Jungbauer und Angermeyer (2003) weisen auf die zentrale Rolle kognitiv-emotionaler Prozesse bei der langfristigen Krankheitsbewältigung hin, die sich auf eine Neubewertung der Erkrankung und auf eigene Bewältigungsmöglichkeiten beziehen. Ferner muss berücksichtigt werden, dass mit vielen psychischen Störungen depressive Symptome einhergehen, was wiederum Einfluss auf einen bevorzugt depressiven Krankheitsverarbeitungsstil hat. Bei den (zunächst gesunden) Angehörigen geht es dagegen darum, sich nicht von der depressiven Sichtweise des Patienten anstecken zu lassen. Ihnen gelingt deshalb häufiger problemorientiertes Handeln, als es den Patienten möglich ist.

Der Vergleich der Gesamtstichproben der Patienten und Angehörigen *in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten* zeigt recht uneinheitlich bevorzugte Bewältigungsstrategien, welche zudem nur zum Teil mit den Ergebnissen des Vergleichs der Gesamtstichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare übereinstimmen. Da die Analyse der Paargestichprobe, in der die Angaben der Patienten mit den Angaben ihrer Angehörigen verglichen werden, validere Ergebnisse liefert als der Vergleich der Gesamtstichproben, in die auch Patienteneinschätzungen eingehen, von denen Einschätzungen ihres Angehörigen fehlen, wird im Folgenden der diagnosespezifische Vergleich der Paarauswertung ( $n = 111$ ) diskutiert, obgleich die Fallzahlen beim Vergleich der Gesamtstichproben der Angehörigen und Patienten höher wären.

Im Vergleich der *Gesamtstichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare* bezüglich der Unterschiede in den Diagnosen der Patienten greifen die Patienten stärker auf depressive Verarbeitungsstrategien sowie Bagatellisierung und Wunschdenken zurück als ihre



Angehörigen, welche häufiger aktiv problemorientiertes Coping nutzen. Bezüglich der Religiosität und Sinnsuche als Verarbeitungsstrategie bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten und Angehörigen im paarweisen Vergleich. Diese Ergebnisse stehen jeweils in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Auswertungen der Gesamtstichprobe (siehe oben). Bei der näheren *diagnosenspezifischen Analyse der Paar-Stichprobe* fällt jedoch auf, dass sich die Krankheitsbewältigungsstrategien der bipolar affektiv wie der persönlichkeitsgestörten Patienten nicht signifikant von ihren Angehörigen unterscheiden, während bei den schizophrenen und unipolar depressiven Patienten signifikant häufiger als bei ihren jeweiligen Angehörigen depressive Verarbeitungsstrategien sowie Bagatellisierung und Wunschdenken vorliegen. Dieses Ergebnis ist schwer interpretierbar. Eine mögliche Erklärung wäre jedoch, dass Psychoedukationsgruppen für Angehörige, welche nachweislich die Krankheitsbewältigung der Angehörigen unterstützen, immer noch vorrangig, wie auch in der untersuchten Klinik, für Angehörige von schizophren und depressiv Erkrankten angeboten werden (Bäumel & Pitschel-Walz, 2003; Pitschel-Walz et al., 2003; Pitschel-Walz & Engel, 1997). Würden psychoedukative Programme für Angehörigen von bipolar oder persönlichkeitsgestörten Patienten in gleicher Vielzahl angeboten, würden sich dieser Hypothese zufolge auch die Angehörigen der bipolar oder persönlichkeitsgestörten Patienten in ihrem Bewältigungsverhalten von ihren Patienten unterscheiden. Dieses auffällige Ergebnis kann also auch als Nachweis für den Erfolg von psychoedukativen Programmen und Gruppen für Angehörige interpretiert werden.

Der Vergleich der *inhaltsanalytischen Auswertung* der Frage, welches der 35 Items des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung den Patienten bzw. den Angehörigen am meisten geholfen haben, zeigt, dass „Vertrauen setzen in die Ärzte“ sowie „Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen“ von den Patienten wie Angehörigen gleichermaßen unter den drei meistgenannten Items auf Platz 1 genannt wurde. Von den Patienten wurde jedoch auch noch das Item „Trost im religiösen Glauben suchen“ bezüglich der drei hilfreichsten Items genannt, während von den Angehörigen unter die drei hilfreichsten Items noch die Items „Aktive Anstrengung zur Lösung des Problems unternehmen“ und „Sich selbst Mut machen“ subsumiert wurden. Dieser Vergleich ist konform mit den Ergebnissen des Vergleichs der Kontrollüberzeugungen der Patienten und Angehörigen. Die Patienten attribuieren mehr sozial- (Ärzte) und fatalistisch-external (Glaube), während bei den Angehörigen die internalen Kontrollüberzeugungen stärker ausgeprägt sind.

## 5.5 Charakteristika der Behandlungszufriedenheit

### 5.5.1 Analysestichprobe der Patienten

Die Analyse der Behandlungszufriedenheit der *Gesamtstichprobe* der Patienten ergibt einen Mittelwert von 25.0 bei einem Minimum von 8.0 und Maximum von 32.0 auf der Zufriedenheitsskala. Die Patienten sind also insgesamt weitgehend zufrieden mit der Behandlung, die sie erfahren. Dies deckt sich mit Ergebnissen bisheriger Studien, welche jeweils auch ein relativ hohes Maß an Behandlungszufriedenheit von Patienten belegen (Barak, Szor, Kimhi, Kam, Mester & Elizur 2001; Hannöver et al., 2000; Kessing et al., 2006; Greenwood, Key, Burns, Bristow & Sedgwick, 1999; Prince, 2005; Spießl et al., 1995). So wurde in der Untersuchung von Möller-Leimkühler und Dunkel (2003), welche die Behandlungsqualität von 91 allgemeinspsychiatrischen Patienten mit dem ZUF-3 (Spießl et al., 1995) bewerten ließen, diese von 82 % der Patienten für gut und ausgezeichnet gehalten. 86 % waren mit der Behandlung weitgehend bis sehr zufrieden. Auf die methodischen Probleme bei der Zufriedenheitsmessung wurde bereits in Kapitel 1.4.2.2 ausführlich hingewiesen. An dieser Stelle soll jedoch nochmals auf die Probleme der Erhebung von globalen Zufriedenheitswerten sowie auf das Problem der Pseudozufriedenheit hingewiesen werden. Es ist wahrscheinlich, dass sich die Erwartungen und Ansprüche von psychisch Erkrankten mit der Schwere der Erkrankung und der Erkrankungsdauer reduzieren bzw. es zu resignativen Anpassungen kommen kann. Dies muss bei der Interpretation der Zufriedenheitsmaße berücksichtigt werden.

Die Zufriedenheit der Patienten *in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten* zeigt sowohl in der *Gesamtstichprobe* wie in der Auswertung der *Patienten-Angehörigen-Paarstichprobe* jeweils die höchste Behandlungszufriedenheit bei den depressiven Patienten und die relativ geringste Zufriedenheit bei den persönlichkeitsgestörten Patienten. Da andere Studien fehlen, welche die Behandlungszufriedenheit der Patienten in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten vergleichen, kann dieses Ergebnis vorläufig nur mit der spezifischen Psychopathologie der Patienten erklärt werden: Da depressive Patienten häufig ein reduziertes Selbstwertgefühl und -bewusstsein haben, attribuieren sie Verbesserungen in ihrem Gesamtbefinden häufig external auf die Fähigkeiten der Behandler und sind mit ihrer Behandlung leichter zufrieden zu stellen als persönlichkeitsgestörte Patienten, welche bereits durch Symptome ihrer Erkrankung (z. B. erhöhtes Misstrauen bei paranoiden Patienten, erhöhte Kränkbarkeit bei narzissti-

schen Patienten, schwieriges Bindungsverhalten bei Borderline-Erkrankten) der Behandlung bzw. dem Therapeuten kritischer gegenüber stehen. Da die persönlichkeitsgestörten Patienten auch die Subgruppe mit den geringsten Verbesserungen im Schweregrad der Erkrankung bzw. psychosozialem Funktionsniveau (CGI- und GAF-Werte) während ihres stationären Aufenthaltes sind (vgl. Kapitel 5.7), ist nur kongruent, dass diese Patienten mit ihrer Behandlung am wenigsten zufrieden sind. Diese Erklärung gilt jedoch nicht für die depressiv Erkrankten, welche nach den bipolar Erkrankten am meisten hinsichtlich ihres Schweregrades der Erkrankung von der Behandlung profitieren. Eine Studie mit allgemeinspsychiatrischen Patienten bestätigt, dass die Patienten mit ihrer Behandlung zufriedener sind, welche subjektiv gebessert, weniger psychopathologisch auffällig und weniger lange erkrankt sind (Spießl et al., 2009).

Die *inhaltsanalytische Auswertung* der von 219 (66.8 %) Patienten genutzten Rubrik „Was hat Ihnen an unserer Klinik *am wenigsten gefallen?*“ zeigt, dass die Patienten vor allem die räumliche Ausstattung der Klinik, die Haltung der Ärzte und des Pflegepersonals gegenüber den Patienten sowie der Zeitmangel für Gespräche mit den Patienten und die Belastungen durch Mitpatienten bemängeln. Dies bestätigt wiederum die Analyse von Möller und Dunkel (2003), in deren Beurteilung von 46 Aspekten der stationären Behandlung die Patienten am unzufriedensten mit ihrer Privatsphäre auf Station, ihrer Information über Nebenwirkungen der Medikation, der Anzahl der Einzelgespräche mit dem Therapeuten sowie ihrer Einbeziehung in die Behandlung waren. 252 (76.8 %) Patienten antworteten in der vorliegenden Studie mit eigenen Worten auf die Frage „Was hat Ihnen an unserer Klinik *am besten gefallen?*“ Sie nannten an erster Stelle die Freundlichkeit und Fürsorge der Ärzte und des Pflegepersonals, gefolgt von der Qualität des Essens und den Therapiegruppen. Die Rubrik „*Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?*“ nutzten 112 Patienten, wobei von diesen am häufigsten die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals genannt wurden. Diese Ergebnisse belegen eindrucksvoll, dass für die Behandlungszufriedenheit der Patienten neben der räumlichen Ausstattung, welche insbesondere die Privatsphäre der Patienten gewährleisten soll, vor allem Aspekte der Patienten-Therapeuten-Beziehung relevant sind. Auf Zusammenhänge der Zufriedenheitsmessung mit sozio- und krankheitsbezogenen Merkmalen der Patienten kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Es existieren jedoch inzwischen zahlreiche Studien, die diese Zusammenhänge meist für schizophrene Patienten untersuchten (Drukker et al., 2008; Kessing et al., 2006; Ruggeri et al., 2003; Spießl et al., 2009).

### 5.5.2 Analysestichprobe der Angehörigen

Der Mittelwert der Behandlungszufriedenheitsmessung der *Gesamtstichprobe* der Angehörigen von 23.7 auf der Zufriedenheitsskala zeigt, dass die Angehörigen mit der Behandlung ihres erkrankten Familienmitgliedes insgesamt zufrieden sind. Hingewiesen werden muss in diesem Zusammenhang jedoch darauf, dass in Studien, in denen die Zufriedenheit von Angehörigen mit ihrer eigenen Information und Einbeziehung in die Behandlung durch die Therapeuten abgefragt wird, die Zufriedenheitswerte der Angehörigen deutlich unter der hier abgefragten globalen Behandlungszufriedenheit liegen (Spießl et al., 2005a, 2005c; Spießl, Schmid et al. 2004). Insbesondere mit ihrer Information über Therapie und Verlauf (auch ohne eigene wiederholte Nachfragen), mit der erhaltenen Unterstützung für den Umgang mit dem Erkrankten sowie mit ihrer Einbeziehung in Therapieentscheidungen sind die Angehörigen eher unzufrieden (Spießl, Schmid, Wiedemann & Cording, 2005c). Generalisierungen von der verhältnismäßig hohen Zufriedenheit der Angehörigen mit der Behandlung des Patienten auf ihre Zufriedenheit bezüglich des Umgangs mit ihrer eigenen Person sind also unzulässig.

Die Zufriedenheit der Angehörigen *in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten* ist sowohl bei den Angehörigen der bipolar Erkrankten in der Gesamtstichprobe wie in der Analyse der Patienten-Paar-Stichprobe am höchsten und bei den Angehörigen der persönlichkeitsgestörten Patienten am geringsten. Da bisher vergleichbare Studien mit anderen Erklärungen für diese Unterschiede wiederum fehlen, liegt es nahe, diese Unterschiede mit den erreichten Verbesserungen im psychosozialen Funktionsniveau (GAF) der Patienten infolge des stationären Aufenthaltes zu erklären. Für die untersuchte Stichprobe ist belegt (vgl. Kapitel 5.7), dass die bipolar Erkrankten am stärksten von der stationären Behandlung profitieren, während bei den persönlichkeitsgestörten Patienten die geringsten Verbesserungen im psychosozialen Funktionsniveau (GAF) vorliegen (vgl. Kapitel 5.7). Infolge dieser unterschiedlichen Behandlungserfolge ist es nachvollziehbar, dass die Angehörigen der bipolar Erkrankten mit der Behandlung deutlich zufriedener sind als die Angehörigen der persönlichkeitsgestörten Patienten.

90 (62.1 %) Angehörige machten ferner von der Rubrik Gebrauch: „Was hat Ihnen an unserer Klinik *am wenigsten gefallen?*“ Die *inhaltsanalytische Auswertung* zeigt, dass die Angehörigen vor allem Defizite in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen sowie die räumliche Ausstattung der Klinik bemängeln. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit früheren Studien, welche zeigen, dass die Erwartungen von Angehörigen an

die professionellen Helfer in der Klinik hauptsächlich die Bereiche Umgang mit den Angehörigen, Information über die Erkrankung sowie Schaffung notwendiger Einrichtungen betreffen (Schmid et al., 2003). Ferner zeigt die differenzierte Analyse der (Un-)Zufriedenheit von Angehörigen mit der psychiatrischen Klinik, dass es weniger patientenbezogene als vielmehr angehörigenbezogene Items sind, die zur Zufriedenheit beitragen: Unterstützung der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten, individuelles Eingehen auf Probleme der Angehörigen sowie viel Zeit der Ärzte für Gespräche mit den Angehörigen (Spießl et al., 2005a). 104 (71.7 %) Angehörige antworteten mit eigenen Worten auf die Frage „Was hat Ihnen an unsere Klinik *am besten gefallen*?“ Sie nannten an erster Stelle die Freundlichkeit und Fürsorge der Ärzte und des Pflegepersonals, an zweiter Stelle stand bei ihnen die erfolgreiche Behandlung und gute Betreuung des Patienten. Die Rubrik „*Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?*“ nutzten 55 (37.9 %) Angehörige und wünschten sich vor allem einen stärkeren Miteinbezug der Angehörigen. Diese qualitativen Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit der bereits genannten Diskrepanz, dass die Angehörigen zwar mit der Behandlung ihrer Erkrankten weitgehend zufrieden sind, während ihre Zufriedenheit mit konkreten Aspekten bezüglich ihrer Person/Situation als Angehörige deutlich geringer ist (Spießl et al., 2005a; 2005b).

### 5.5.3 Vergleich der Behandlungszufriedenheit der Patienten und der Angehörigen

Sowohl die Patienten der *gesamten Analysestichprobe* als auch die unipolar depressiven und persönlichkeitsgestörten Patienten in der diagnosenspezifischen Auswertung sind signifikant zufriedener mit ihrer Behandlung als ihre Angehörigen. Die schizophren und bipolar affektiv Erkrankten unterscheiden sich dagegen nicht von ihren Angehörigen bezüglich ihrer Behandlungszufriedenheit. Ausgehend von der Hypothese, dass Patienten und ihre Angehörige Verbesserungen der Schwere der Erkrankung während des Aufenthaltes in der Klinik in gleicher Weise erkennen und einschätzen, dürften sich die Zufriedenheitswerte der Patienten eigentlich in keiner Subgruppe von den Einschätzungen der Angehörigen unterscheiden. Die Ergebnisse der paarweisen Auswertung der Einschätzungen der Patienten und ihres jeweiligen Angehörigen sind hier jedoch aussagekräftiger und für die Interpretation bedeutsamer, da nur in der Pairstichprobe gewährleistet ist, dass Patient und Angehöriger tatsächlich die gleiche Behandlung bewerten.

In der *paarweisen Auswertung* hinsichtlich ihrer Behandlungszufriedenheit unterscheiden sich die Patienten von den Angehörigen weder in der gesamten Analysestichprobe noch in den Subgruppen differenziert nach den Diagnosen der Patienten. Dies stützt die oben genannte Hypothese, dass Patienten wie Angehörige Behandlungserfolge bzw. -misserfolge in gleicher Weise erkennen und bewerten.

Der Vergleich der *inhaltsanalytischen Auswertung* der Behandlungszufriedenheit zeigt bezüglich *negativer Anmerkungen*, dass die Patienten der Gesamtstichprobe den Umgang mit ihnen und die fehlende Zeit für Gespräche der Ärzte mit den Patienten bemängeln, während die Angehörigen der Gesamtstichprobe vor allem auf Defizite in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen hinweisen. Gleichermäßen bemängeln Patienten wie Angehörige jedoch die räumliche Ausstattung der Klinik. Hinsichtlich der Frage, was an der Klinik *am besten gefallen* hat, nennen Patienten wie Angehörigen jeweils die Freundlichkeit und Fürsorge der Ärzte und des Pflegepersonals an erster Stelle. Patienten loben ferner Essen und Therapiegruppen, Angehörige die erfolgreiche Behandlung und gute Betreuung des Patienten. Auch die Rubrik „*Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?*“ nutzten jeweils über 30 % der Patienten und Angehörigen, wobei von den Patienten die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals genannt wurde, während die Angehörigen sich vor allem einen stärkeren Miteinbezug der Angehörigen wünschen. Gemeinsam ist den Ergebnissen der inhaltsanalytischen Auswertung, dass die Patienten vermehrt patientenbezogene Aspekte nennen und die Angehörigen ver-

mehrt angehörigenbezogene Aspekte der Behandlung anführen. Dieser Zusammenhang, der auch bereits in früheren Studien belegt ist (Spießl et al., 2004; 2005a) erscheint zunächst lapidar. Er zeigt jedoch, dass es im Qualitätsmonitoring zu kurz greift, nur die Patienten bezüglich ihrer Behandlungszufriedenheit zu befragen, da Angehörige in spezifischen (qualitativen) Befragungen andere Aspekte für bedeutungsvoller halten als die Patienten. Nicht nur Patienten, auch die Angehörigen sind „Nutzer“ und „Kunden“ im Krankenhaus, deren Bedürfnisse zufriedengestellt werden sollten (Schreiber, Dick & Krieg, 2001), zumal sie häufig die maßgebliche Stütze der Patienten sind. Die „Nutzerorientierung“ als ein Qualitätskriterium der Krankenversorgung gewinnt auch in der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland immer mehr an Bedeutung (Lecher, Satzinger, Trojan & Koch, 2002). Dementsprechend weisen verschiedenen Autoren (Kopp, Encke & Lorenz, 2002; Maß, 1997) darauf hin, dass es in der psychiatrischen Versorgung wie in der Marktwirtschaft wenig effizient ist, eine Dienstleistung zu „produzieren“ ohne Orientierung am eigentlichen „Markt“, den Bedürfnissen der Nutzer. Während im Gesundheitswesen das „Produkt“ von den Betroffenen in den letzten Jahrzehnten häufig so angenommen werden musste, wie es sich „Experten“ vorstellten, erfolgt vor dem Hintergrund eines zunehmenden ökonomischen Druckes und extremer Spezifizierung und Variation klinischer Praxis (Kopp et al., 2002) langsam ein Umdenken und eine immer stärkere Berücksichtigung der Meinung der Betroffenen.

## 5.6 Einschätzungen zur Lebensqualität

### 5.6.1 Analysestichprobe der Patienten

In der *Gesamtstichprobe* der Patienten ist die Lebensqualität bezüglich der Umwelt am höchsten ausgeprägt ( $M = 62$ ; Range 1-100), gefolgt von der physischen Lebensqualität ( $M = 56$ ) und der Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen ( $M = 54$ ). Am geringsten wird die psychische Lebensqualität ( $M = 50$ ) von den Patienten bewertet, wobei die globale Lebensqualität, welche eine Frage zur Beurteilung der Lebensqualität und eine Frage zur Zufriedenheit mit der Gesundheit umfasst, mit einen Mittelwert von 48 noch schlechter als die psychische Lebensqualität eingeschätzt wird. Diese Werte stimmen in ihrer Rangfolge weitgehend mit den Ergebnissen anderer Studien überein (Gazalle et al., 2007; Gorna et al., 2008; Herrman, Hawthorne & Thomas, 2002), liegen insgesamt aber deutlich über den Werten einer nur schizophrenen Stichprobe, deren Mittelwerte der vier Subdomänen von 29 bis 51 reichten (Pan, Chan, Chung, Chen & Hsiung, 2006). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind diese Werte jedoch jeweils reduziert (Hermann et al., 2002), was für den Bereich der psychischen Lebensqualität mit den belastenden Symptomen der Erkrankung, für den Bereich physische Lebensqualität aber auch mit möglichen Nebenwirkungen der Medikation der Patienten sowie körperlichen Begleiterkrankungen erklärt werden kann. Einschränkungen im körperlichen Wohlbefinden, welche in der Auswertung des Befindlichkeitsfragebogens (vgl. Kapitel 5.8) deutlich werden, bedingen wiederum Einschränkungen in Beruf und Sozialkontakten, was die reduzierten Lebensqualitätseinschätzungen in den Domänen soziale Beziehungen und Umwelt erklärt.

Die Auswertung der *Gesamtstichprobe in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten* zeigt, dass die Lebensqualitätseinschätzungen in den vier untersuchten Bereichen stark von der Diagnose der Patienten abhängen. Da es bisher keine Studien gibt, die die Lebensqualität verschiedener Diagnosegruppen vergleichen, sondern alle Auswertungen bisher auf gemischten Stichproben basieren oder nur eine spezifische (meist schizophrene) Stichprobe fokussieren, ist hier Forschungsbedarf gegeben. Betrachtet man die Rangreihen der vorliegenden Untersuchung bezüglich der Frage, welcher Bereich in welcher Diagnosensubgruppe als am höchsten/geringsten bewertet wird, so findet man ein stark unterschiedliches Antwortmuster. Einheitlich sehr gering oder am geringsten innerhalb der untersuchten Subbereiche des WHOQOL-BREF wird über alle Diagnose-



gruppen hinweg die globale Lebensqualität bewertet. Sie wird ferner von den persönlichkeitsgestörten Patienten ( $M = 35$ ) und den unipolar depressiv Erkrankten ( $M = 40$ ) noch einmal deutlich schlechter eingeschätzt als von den schizophrenen ( $M = 57$ ) und bipolar ( $M = 55$ ) Erkrankten. Verschiedene Studien bestätigen den starken Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und reduzierter Lebensqualität (Adewuya & Makanjuola, 2009; Berlim et al., 2008; Eack & Newhill, 2007; Pan et al., 2006). Ferner ist verständlich, dass depressive Patienten aufgrund ihrer depressiven Stimmung und der häufig vorhandenen Hoffnungslosigkeit nicht nur Aussagen zur psychischen Lebensqualität sondern auch Aussagen zu den anderen drei Domänen des WHOQOL besonders negativ bewerten, was einen hohen negativen Gesamtscore in ihrer Lebensqualität bedingt. Für die persönlichkeitsgestörten Patienten fehlen jedoch solche Studien, so dass bisher nicht erklärt werden kann, warum gerade diese Patientensubgruppe ihre Lebensqualität verhältnismäßig am niedrigsten einschätzt. Vermutet werden kann, dass der subjektive Leidensdruck der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die Lebensqualität der Patienten sehr stark beeinträchtigen. Bei den schizophrenen Erkrankten ist ferner besonders der niedrige Wert in der Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen auffällig. Dies kann mit den bereits zahlreich belegten Zusammenhängen zwischen schizophrener Erkrankung und verringertem sozialen Netzwerk erklärt werden (Cechnicki, Wojciechowska & Valdez, 2007; Rüesch, Graf, Meyer, Rössler & Hell, 2004; Woodside, Krupa & Pocock, 2007). Insbesondere die Bedeutung von Partnerschaft und sexuellen Beziehungen für die Lebensqualität schizophrener Erkrankter wurde in den letzten Jahren erkannt (Eklund & Ostman, 2009; Fan et al., 2007). Verschiedene Studien belegen spezifisch den Zusammenhang zwischen sexueller (Un-)Zufriedenheit mit der Lebensqualität im Allgemeinen wie im Besonderen mit der Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen (Olfson, Uttaro, Carson & Tafese, 2005; Lauer & Stegmüller-Koenemund, 1994).

### 5.6.2 Analysestichprobe der Angehörigen

In der *Gesamtstichprobe* der Angehörigen wird von den Angehörigen am höchsten ihre Lebensqualität bezüglich der Umwelt bewertet ( $M = 72$ ) sowie ihre physische Lebensqualität ( $M = 72$ ); deutlich geringer schätzen die Angehörigen ihre psychische Lebensqualität ( $M = 67$ ) und ihre Lebensqualität bezüglich sozialer Beziehungen ( $M = 64$ ) ein. Die globale Lebensqualität wurde am geringsten bewertet ( $M = 62$ ). Obgleich in der Studie von Foldemo und Mitarbeiter (2005) für die Erhebung der Lebensqualität ein anderes Instrument benützt wurde (The Quality of Life Index, QLI), bestätigt diese Studie durch ihren Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe die reduzierten Lebensqualitätswerte der Angehörigen insbesondere hinsichtlich des Globalscores. Es liegt nur eine weitere Originalarbeit zur Lebensqualität bei Angehörigen psychisch Kranker vor, welche neben ebenfalls allgemein reduzierten Lebensqualitätseinschätzungen der Angehörigen insbesondere die Einflussfaktoren erhaltene soziale Unterstützung und eigene Gesundheit auf die Lebensqualität der Angehörigen belegt (Lueboonthavatachai & Lueboonthavatachai, 2006). Sehr gut nachgewiesen sind die häufig beklagten Einschränkungen der Angehörigen im Bereich Freizeit und Sozialkontakte in Studien zur Erhebung der Belastungen der Angehörigen (Angermeyer et al., 1997; Fadden et al., 1987b; Samele & Manning, 2000; Schmid, Huttel et al., 2007a, b). Der Zusammenhang zwischen diesen Belastungen mit einer reduzierten Lebensqualität in der Domäne soziale Beziehungen ist selbstevident.

Die Auswertung der *Gesamtstichprobe in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten* zeigt, dass auch die Lebensqualität der Angehörigen in den vier untersuchten Bereichen des WHOQOL deutlich von der Art der Diagnose des Patienten abhängig ist, und dass insbesondere die globale Lebensqualität von den Angehörigen der persönlichkeitsgestörten Patienten ( $M = 35$ ) deutlich niedriger eingeschätzt wird als die globale Lebensqualität der Angehörigen der anderen drei Diagnosegruppen ( $M = 58-66$ ). Dieses Ergebnis ist bisher noch in keiner Studie belegt. Die Angehörigen persönlichkeitsgestörter Patienten sind bisher eine Klientel, die in keiner Studie Berücksichtigung gefunden hat. Dass gerade sie die höchsten Einbußen an Lebensqualität haben, zeigt die Notwendigkeit, das Bewusstsein für die schwierige Situation dieser bisher vernachlässigten Angehörigengruppe bei professionellen Helfern zu schärfen und spezifische Entlastungsangebote bezüglich der besonderen Belastungen dieser Angehörigengruppe zu etablieren.

### 5.6.3 Vergleich der Lebensqualität der Patienten und der Angehörigen

Hinsichtlich der *Gesamtstichproben* der Patienten und Angehörigen verfügen die Angehörigen im Vergleich zu den Patienten über eine signifikant höhere Lebensqualität in allen fünf untersuchten Subskalen des WHOQOL. Vergleichbare Studienergebnisse fehlen, jedoch bedarf dieses Ergebnis infolge der direkten (Patienten) und indirekten (Angehörige) Betroffenheit von psychischer Erkrankung keiner weiteren Erklärung.

Die Analyse der *Gesamtstichproben in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten* bestätigt die stets signifikant höhere Lebensqualität der Angehörigen im Vergleich zu den Patienten. Die einzigen nicht signifikanten Unterschiede liegen in der psychischen Lebensqualität der schizophrenen Patienten bzw. Angehörigen und in der Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen bei den persönlichkeitsgestörten Patienten und ihren Angehörigen vor. Zwei Erklärungen sind möglich: Die psychische Belastung der schizophrenen Patienten und die sozialen Beziehungen der Persönlichkeitsgestörten sind nicht derart hoch bzw. derart belastet wie in den jeweils anderen Diagnosegruppen, so dass die Unterschiede zu den Angehörigen nicht mehr signifikant werden. Oder aber die Angehörigen der schizophren Erkrankten sind in psychischer Hinsicht derart hoch belastet bzw. die Angehörigen der Persönlichkeitsgestörten sind in sozialer Hinsicht derart eingeschränkt, dass wiederum die Unterschiede zu den Erkrankten nicht mehr bedeutsam sind. Beide Hypothesen sind jedoch nicht mit den weiteren Befunden dieser Arbeit zur spezifischen Belastungseinschätzung der Angehörigen in Abhängigkeit von der Diagnose des erkrankten Familienmitgliedes (vgl. die Kapitel 4.1.1 und 5.2) vereinbar, während die Analyse der Pairstichprobe wiederum mit den diagnosenspezifischen Ergebnissen der Gesamtstichprobe übereinstimmt. Zur Klärung dieser Zusammenhänge sind weitere Studien notwendig, bisher kann für diese Ergebnisse keine Erklärung stringent belegt ist.

Der Vergleich der *Gesamtstichprobe der Patienten-Angehörigen-Paare* bestätigt ebenfalls die generell höhere Lebensqualität der Angehörigen im Vergleich zu den Patienten. Auch bei der Analyse *in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten* bestätigt sich dieser Trend. Einzig in der Subgruppe der schizophrenen Patienten liegen wiederum keine Unterschiede in der Lebensqualität der Patienten und Angehörigen in den Bereichen psychische und globale Lebensqualität sowie hinsichtlich der Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen vor. Ferner unterscheidet sich auch die Lebensqualität von persönlichkeitsgestörten Patienten und ihren Angehörigen in der Lebensquali-

tät bezüglich der sozialen Beziehungen und in der Lebensqualität bezüglich der Umwelt nicht. Für den Bereich der Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen können als Hypothesen diskutiert werden, dass sich die Sozialkontakte/Freundeskreise der persönlichkeitsgestörten bzw. schizophrenen Patienten jeweils mit denen ihrer Angehörigen decken, oder aber dass sich sowohl die Patienten wie die Angehörigen infolge der Erkrankung jeweils stark von ihrem sozialen Netz distanzieren (müssen) oder derart stigmatisierende Erfahrungen machen, dass sie sich (unfreiwillig selber) zurückziehen.

## 5.7 Schweregrad der Erkrankung der Patienten

Der Schweregrad der Erkrankung wurde in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe von neun Variablen zu erfassen versucht: CGI-Werten in den drei Ausprägungen Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme, bei Entlassung und Verbesserung der Erkrankung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt, GAF-Werten in den drei Ausprägungen des psychosozialen Funktionsniveaus bei Aufnahme, bei Entlassung sowie der maximalen Ausprägung im letzten Jahr, Verweildauer des aktuellen stationären Aufenthaltes, kumulierte Verweildauer aller vollstationärer Aufenthalte der Patienten seit 1995 sowie Erkrankungsdauer in Jahren.

Die Analyse des *Schweregrades der Erkrankung* (CGI) zeigt zunächst, dass die Patienten bei Aufnahme mit einem Mittelwert von 6.1 kränker waren als bei ihrer Entlassung ( $M = 5.4$ ). Sie verbessern sich damit von im Durchschnitt „deutlich krank“ auf „mäßig krank“. Der Zustand wird von den Therapeuten bei Entlassung als im Durchschnitt „viel besser“ (CGI-E-I-Wert) eingeschätzt. Die Analyse des *psychosozialen Funktionsniveaus* (GAF-Werte) zeigt eine Verbesserung von 38.4 Punkten bei Aufnahme auf 59.3 Punkte bei Entlassung, was einer Verbesserung der psychopathologischen Symptome von „starken Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen (z. B. Arbeit, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung)“ auf „mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten“ in den genannten Bereichen entspricht. Die *Verweildauer* des aktuellen Aufenthaltes in der Klinik beträgt bei der untersuchten Klientel im Mittel 65 Tage (Standardabweichung 96 Tage), die kumulierte Verweildauer vollstationärer Aufenthalte seit 1995 beträgt 159 Tage (Standardabweichung 189 Tage). Dies bestätigt auch der Vergleich mit einer Analyse aller in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Bezirksklinikum Regensburg stationär behandelten Patienten der Jahre 1995-2006 (Hübner-Liebermann et al., 2008): Die über 52.000 Patienten umfassende Stichprobe zeigte eine Reduktion der stationären Verweildauer im untersuchten Zeitraum von im Mittel 36 auf 26 Tage. Dieser Zeitrahmen liegt deutlich unter dem in der vorliegenden Studie errechneten Mittelwert von 65 Tagen. Erklärbar ist diese Diskrepanz durch die Unterschiede in der Stichprobe wie in der Methode der Stichprobenerhebung. Während die Stichprobe von Hübner-Liebermann und Mitarbeitern (2008) alle stationär aufgenommenen Patienten des Untersuchungszeitraumes beinhaltet, also insbesondere auch Suchtpatienten mit im Durchschnitt deutlich geringerer stationärer Verweildauer, fehlen in der vorliegenden Studie auch diejenigen 102 Patienten (vgl.

Kapitel 3.3.1 und Tabelle 3.1), die bereits so kurzfristig wieder entlassen worden waren, dass sie nicht bezüglich ihrer Teilnahme an der Studie befragt werden konnten. Zusammen mit der *Erkrankungsdauer*, welche im Mittel bei 9 Jahren liegt und von 0 bis 46 Jahren reicht, zeigen diese Analysen, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe um im Durchschnitt schwer erkrankte Patienten handelt.

*Unterschiede* dieser Kennwerte zur Schwere der Erkrankung *in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten* wurden bereits in Kapitel 3.1.1 (vgl. auch Tab. 3.5) beschrieben. Die Stichprobenbeschreibung zeigt, dass die bipolar affektiv Erkrankten als im Durchschnitt am schwersten krank zur Aufnahme kommen, jedoch auch im Durchschnitt am meisten von der Behandlung profitieren, obgleich sie die verhältnismäßig kürzeste aktuelle Verweildauer in der Klinik haben und ihre Erkrankungsdauer mit 16 Jahren am längsten ist. Ergänzt werden muss diese Aussage jedoch mit dem Hinweis auf die kumulierte Verweildauer der bipolar Erkrankten, die nach den schizophren Erkrankten am zweitlängsten ist. Man muss also sagen, dass die bipolaren Patienten zwar stark von den stationären Klinikaufenthalten profitieren, sie jedoch auch relativ häufig einen Rückfall erleiden und erneut einen stationären Aufenthalt benötigen. Die geringsten Verbesserungen im psychosozialen Funktionsniveau (GAF) liegen bei den persönlichkeitsgestörten Patienten vor, obgleich deren (kumulierte) Verweildauer in der Klinik sogar weit über derjenigen der unipolar depressiv Erkrankten liegt. Die höchste kumulierte Verweildauer liegt mit 183 Tagen im Erhebungszeitraum von 1995 bis zum Zeitpunkt der Auswertung im Jahr Sommer 2009 bei den schizophren Erkrankten vor. Dieser Zusammenhang stimmt mit versorgungsepidemiologischen Daten der psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-Bado) überein (Hübner-Liebermann et al., 2008; Hübner-Liebermann, Spiessl, Iwai & Cording, 2005).

## 5.8 Befinden der Patienten unter Medikation

Zur Beurteilung des *Befindens unter Medikation* muss berücksichtigt werden, dass 55 % der Gesamtstichprobe der Patienten atypische Antipsychotika, 14 % klassische Antipsychotika, 25 % selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, 20 % trizyklische Antidepressiva und jeweils 21 % Stimmungsstabilisierer und Anxiolytika als aktuelle Medikation zum Zeitpunkt der Befragung verordnet hatten. Entsprechend der Daten des BADO-Datenpools bewerten die Therapeuten bei 10 % der Patienten, dass Probleme bei der Psychopharmakotherapie vorliegen, während bei 77 % keine besonderen Probleme vorliegen. Weitere 3 % der Patienten haben keine verordnete Medikation und in 11 % der Patienten fehlen die entsprechenden Angaben im BADO-Datenpool.

Die Befindlichkeitswerte in der *Auswertung des Fragebogens SWN-K* zeigen für die Gesamtstichprobe ein relativ einheitliches Bild über die fünf untersuchten Subskalen hinweg. Die Mittelwerte liegen allesamt zwischen 15 und 16 Punktwerten bei einem maximal möglichen Wert von 24, wobei hohe Werte einem hohen subjektiven Wohlbefinden unter Medikation entsprechen. Die im Fragebogen formulierten Einschränkungen im Wohlbefinden belasten die Patienten somit durchschnittlich eher wenig bzw. Positivaussagen stimmen sie im Mittel eher zu. Betrachtet man jedoch die *diagnosenspezifische Auswertung*, so liegen deutliche Unterschiede vor: Besonders auffällig sind die geringen Werte in den Bereichen physisches Wohlbefinden (12.1) und emotionale Regulation (13.3) bei den persönlichkeitsgestörten Patienten sowie die mentalen Funktionen (12.8) und das physische Wohlbefinden (13.7) bei den depressiv Erkrankten. Verhältnismäßig erstaunlich gut schätzen dagegen die schizophrenen und bipolar Erkrankten ihr Befinden unter Medikation ein, ihre Punktwerte liegen auf allen fünf untersuchten Bereichen des SWN-K zwischen 17 und 19. Der Zusammenhang zwischen der Befindlichkeit unter Medikation mit Art und Ausmaß der Psychopathologie ist belegt (Lambert et al., 2009a, 2009b). Während die Einschränkungen in der emotionalen Regulation bei den persönlichkeitsgestörten und die Einschränkungen in den mentalen Funktionen bei den depressiv Erkrankten jeweils auch mit den für ihre Erkrankung spezifischen Symptomen erklärbar sind, sind die Befindlichkeitsstörungen bezüglich des physischen Wohlbefindens bei diesen Patientengruppen doch eher auffällig und am ehesten mit einer Generalisierung ihres psychischen Befindens auf ihre physische Verfassung zu erklären. Ferner vermutet man insbesondere in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen eine im Mittel geringere medikamentöse Behandlung als dies zum Bei-

spiel in der schizophrenen Patientengruppe angenommen wird und dementsprechend auch eine geringere Rate unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Die Analyse zeigt jedoch, dass schizophrene Patienten im Mittel 1.7 Medikamente, persönlichkeitsgestörte Patienten 2.1 und bipolar und unipolar depressive Patienten jeweils 2.5 Medikamente verordnet bekommen hatten, wobei die Medikation für somatische Erkrankungen jeweils nicht berücksichtigt worden waren (vgl. Kapitel 3.3.1 und Tabelle 3.6). Die Anzahl der verordneten Medikamente kann selbstverständlich nur ein grober Anhaltspunkt für die Befindlichkeitsstörungen unter Medikation sein. Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Wirkstoffklassen der verordneten Medikation und der Anzahl der verordneten Medikamente, Diagnosegruppen sowie Zahl der unerwünschten Arzneimittelwirkungen hätten den Rahmen dieser Arbeit jedoch gesprengt.



## 5.9 Prädiktoren bezüglich Belastungserleben und maladaptiven Verarbeitungsformen der Angehörigen

Zur Beantwortung der Frage, ob es soziodemographische bzw. krankheitsbezogene Variablen gibt, welche Prädiktoren für eine hohe subjektive Belastung bzw. für eine maladaptive Verarbeitungsform der Angehörigen sind und besonderen Bedarf an professioneller Unterstützung aufzeigen, wurden Klassifikationsbäume (CART) (Breiman et al., 1984) als zusätzliches exploratives Verfahren zur Identifikation von Gruppenmerkmalen innerhalb der Angehörigenstichprobe eingesetzt.

### 5.9.1 Prädiktoren für eine hohe subjektive Belastung der Angehörigen

In die CART-Analysen zur subjektiven Belastung der Angehörigen konnten 129 der 145 Angehörigen der Stichprobe eingeschlossen werden, so dass die Ergebnisse der Analysen repräsentativ für die vorliegende Stichprobe sind. Die Angehörigen geben im Durchschnitt 15.9 verschiedene Belastungen im Belastungsfragebogen an, was die Vielzahl und Vielfältigkeit der Belastungen der Angehörigen in ihrem Alltag mit den Erkrankten widerspiegelt. Entsprechend den Ergebnissen der CART-Analysen differenzieren fünf Variablen besonders gut zwischen Angehörigen, die viele Belastungen nennen, und Angehörigen mit wenigen Belastungen in Folge der Fürsorge für den Patienten. Die erste Differenzierung zeigt, dass die 46 Angehörigen von *Patienten mit chronischem Krankheitsverlauf* durchschnittlich 2.4 Belastungen mehr nennen als die 83 Angehörigen von nicht chronisch kranken Patienten. Dieses Ergebnis bestätigt bisherige Studien, welche Chronizität und Dauer der Erkrankung als Belastungsfaktoren belegen (Lowyck et al., 2004; Mittelman, 2005). Dauert die Erkrankung lange bzw. ist keine Besserung absehbar, so sind die Angehörigen häufig erschöpft und brauchen Erholung, welche jedoch durch die anhaltende Krankheitssymptomatik schlichtweg nicht möglich ist. Chronizität und Dauer der Erkrankung sind deshalb entscheidende Marker hinsichtlich der Ermittlung von Hoch-Risiko-Angehörigen bzgl. notwendiger Unterstützung.

Von den Angehörigen der chronisch kranken Patienten geben darüber hinaus diejenigen 31 Angehörigen 2.7 Belastungen mehr an, deren Familienmitglied an einer *chronischen Schizophrenie, bipolar affektiven Störung oder Persönlichkeitsstörung* leidet im Vergleich zu den 15 Angehörigen der chronisch depressiven Patienten. In der deskriptiven Auswertung der Global-Belastungswerte, welche allerdings auf der Stichprobe aller

Angehörigen und nicht nur der Angehörigen der chronisch Erkrankten basiert, schätzten sich die Angehörigen der depressiv Erkrankten ebenfalls als am geringsten belastet ein. Der Unterschied zu den Angehörigen der schizophren Erkrankten liegt allerdings nur bei 0.7 Punktwerten. Hinsichtlich der Punktbewertungen liegen die Belastungsscores der vier Diagnosesubgruppen alle relativ nahe beieinander, so dass keine klare Abstufung in der Belastung in Abhängigkeit von der Diagnose des Patienten möglich ist. Allerdings weist das Ergebnis auf die bisher häufig stark unterschätzte und kaum untersuchte Belastung der Angehörigen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hin. Hier besteht Forschungs- und Handlungsbedarf.

Von den Angehörigen der chronisch depressiv Erkrankten geben wiederum diejenigen 7 Angehörigen 2.6 Belastungen mehr an, die die *gesetzliche Betreuung für den Erkrankten übernommen* haben, im Vergleich zu den 8 Angehörigen, die nicht gesetzlicher Betreuer ihres erkrankten Familienmitgliedes sind. Hinsichtlich der Frage, ob ein Familienmitglied die gesetzliche Betreuung des Erkrankten übernehmen sollte oder (besser?) eine neutrale dritte, amtlich bestellte Person, gibt es stark gegensätzliche Meinungen mit jeweils guten Begründungen. Unabhängig von der Frage, wer die Interessen des Erkrankten am besten vertritt, ist jedoch die Aufgabe der gesetzlichen Betreuung für den Angehörigen eine Belastung in zeitlicher wie auch insbesondere in emotionaler Hinsicht. Der Angehörige als gesetzlicher Betreuer muss manchmal auch Entscheidungen fällen, die zwar zum Wohle des Erkrankten, aber gegen seinen Willen sind. So muss er möglicherweise eine Klinikeinweisung bei mangelnder Krankheitseinsicht beantragen oder auch „nur“ die Zuteilung des wöchentlich oder monatlich dem Erkrankten zur freien Verfügung stehenden Taschengeldes übernehmen. Gegner der amtlich bestellten Betreuung argumentieren, dass auch durch die amtliche Bestellung eines Betreuers Belastungen für den Angehörigen erwachsen, insbesondere, wenn der bestellte Betreuer nach Meinung des Angehörigen die Interessen des Erkrankten nicht ausreichend kennt oder sie nicht gut vertritt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen jedoch, dass zumindest bei Angehörigen, deren Belastungsgrenze bereits durch die Situation mit dem Erkrankten erreicht oder gar überschritten ist, eine amtlich bestellte gesetzliche Betreuung des Erkrankten bei Bedarf anzuraten ist.

Von den Angehörigen der nicht chronisch kranken Patienten geben diejenigen 38 Angehörigen 2.2 Belastungen mehr an, welche *mehr als 35 Stunden in der Woche Kontakt mit dem Erkrankten* haben, im Vergleich mit den 45 Angehörigen, die weniger als 35 Wochenstunden mit dem Erkrankten verbringen. Dieser Zusammenhang zwischen

erhöhter Belastung infolge vermehrten Kontakts zum Erkrankten ist auch in anderen Studien bereits belegt (Jungbauer et al., 2001a; Rose, 1996). Verbringt der Angehörige mehr Zeit mit dem Erkrankten ist notgedrungen die Zeit für anderweitige Sozialkontakte und eigene Freizeitaktivitäten reduziert. So beklagen Angehörige in qualitativen Studien immer wieder, dass ihnen mit zunehmendem Kontakt zum Erkrankten die Abgrenzung von ihm schwerer fällt und der Erkrankte auch immer „mehr und mehr“ erwartet (Schmid & Spießl, 2007; Schmid et al., 2008, Schmid et al., 2005b).

Schließlich ist auch die Höhe des Familieneinkommens eine entscheidende Größe im Belastungsempfinden, allerdings nicht in der erwarteten Richtung: Von den Angehörigen der nicht chronisch Kranken mit weniger als 35 Wochenstunden Kontakt mit dem Erkrankten nennen diejenigen 32 Angehörigen, die *mehr als 3.000 Euro Familieneinkommen* angeben, 2,5 Belastungen mehr als die 13 Angehörigen mit einem Familieneinkommen bis 3.000 Euro. Geht man davon aus, dass bei Angehörigen mit höherem Familieneinkommen finanzielle Belastungen infolge der Erkrankung nicht in dem Ausmaß belastend empfunden werden wie in Familien mit geringerem Haushaltsbudget, so ist eine andere Erklärung, dass ein höheres Familieneinkommen nur dann erreicht werden kann, wenn ein größeres berufliches Engagement vorliegt. Engagement bedeutet im heutigen Berufsleben meist zusätzliche Arbeitsstunden und/oder hohe Mobilität. Beides lässt sich mit den vielfältigen Alltagsaufgaben im Zusammenleben mit einem psychisch Erkrankten nur schwer vereinbaren und bedeutet zusätzliche Belastung.

Angehörige mit den genannten Merkmalen bilden eine Hoch-Risiko-Gruppe bezüglich einer hohen Belastung und haben besonderen Unterstützungsbedarf, um eigene Erkrankung und damit auch Minderung der Unterstützung des Patienten durch den Angehörigen zu verhindern.

### 5.9.2 Prädiktoren für maladaptive Krankheitsbewältigungsformen der Angehörigen

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen spezifischen Krankheitsbewältigungsformen und den untersuchten Konzepten Belastungsempfinden und Lebensqualität hat gezeigt, dass die depressiven Krankheitsverarbeitungsstrategien und die Strategie Bagatelisierung und Wunschdenken unter die maladaptiven Bewältigungsstrategien zu subsumieren sind.

#### 5.9.2.1 Prädiktoren für depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien der Angehörigen

Im Regressionsbaum mit den depressiven Verarbeitungsstrategien von Angehörigen als abhängige Variable erfolgt eine erste Differenzierung hinsichtlich des Merkmals Berentung: die 26 *nicht berufstätigen, bereits berenteten Angehörigen* wenden weniger depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien an als die 114 berufstätigen Angehörigen, arbeitslos gemeldeten Angehörigen und Hausfrauen/-männer. Vergleichbare Studien fehlen, so dass dieses Ergebnis nur vorläufig interpretiert werden kann. Eine mögliche Erklärung ist, dass das allgemeine Belastungsniveau von berenteten Angehörigen deutlich geringer ist als von Angehörigen in Arbeit bzw. arbeitssuchenden Angehörigen und dass berentete Angehörige mehr Zeit für aktiv problemorientierte Krankheitsbewältigungsstrategien wie für Ablenkung und Selbstaufbau haben. Da es sich bei berenteten Angehörigen tendenziell auch um Menschen höheren Lebensalters handelt, finden in dieser Altersgruppe i. d. R. auch religiöse Praktiken und damit die Bewältigungsstrategie Religiosität und Sinnsuche mehr Anwendung. Eventuell spielt auch die Lebenserfahrung in Bezug auf den Umgang mit Krisen der berenteten Angehörigen eine Rolle in der Wahl ihrer Krankheitsbewältigungsstrategien sowie eine gewisse psychische Immunisierung aufgrund zahlreicher negativer Lebenserfahrungen.

Von den berufstätigen Angehörigen geben diejenigen 28 Angehörigen mehr depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien an, *die in der Nähe der Klinik wohnen*, als die 86 Angehörigen, die mehr als 50 km entfernt von der Klinik wohnen. Dieser Befund mag zunächst erstaunen, da doch gerade die Angehörigen vor Ort vermeintlich die Möglichkeit zu aktiv problemorientierten Bewältigungsstrategien im Miteinander mit den professionellen Helfern haben. Neben der Vermutung, dass Angehörigen mit Wohnsitz mehr als 50 km zur Klinik entfernt die Abgrenzung zum Patienten etwas leichter gelingen mag, ist vielleicht gerade die (räumliche) Nähe zum Erkrankten und

die damit (tägliche?) Konfrontation mit dem Leid der Erkrankung Ursache für eine vermehrt depressive Krankheitsverarbeitung dieser Angehörigengruppe. Eine andere Interpretation basiert auf der belegten Unzufriedenheit vieler Angehöriger bezüglich ihrer Information über die Erkrankung/Behandlungsmöglichkeiten und ihrem unzureichenden Miteinbezug in die Behandlung: die nah an der Klinik wohnenden Angehörigen wenden deshalb vermehrt depressive Bewältigungsstrategien an, da ihr Bemühen um Einbindung und ihr aktiv problemorientiertes Bemühen um Lösungsstrategien in enger Zusammenarbeit mit den professionellen Helfern vor Ort zurückgewiesen oder nicht beachtet wird. Diese Vermutung bedarf jedoch weiterer Klärung.

Weitere Differenzierungen erfolgen anhand des Familieneinkommens und des Auftretens von Rezidiven: Die 64 berufstätigen Angehörigen mit einem Wohnort mehr als 50 km von der Klinik entfernt und einem *Familieneinkommen über 3.000 Euro* wenden mehr depressive Verarbeitungsstrategien an als die 22 Angehörigen mit geringerem Familieneinkommen. Treten bei den Patienten der Angehörigen mit geringerem Familieneinkommen weiterhin *Rezidive im Krankheitsverlauf* auf, wenden die Angehörigen weniger depressive Verarbeitungsstrategien an. Beide Befunde widerstreben zunächst der eigenen Intuition. Dass gerade bei einer Ersterkrankung die Situation der Angehörigen durch eine gewisse Lähmung und Depressivität gekennzeichnet ist, ist jedoch wiederum schlüssig. Treten Rezidive auf, konnten Angehörige häufig bereits in früheren Episoden bzw. bei der Ersterkrankung adaptive Bewältigungsstrategien entwickeln. Ferner erreicht man ein höheres Familieneinkommen meist nur bei hohem (zeitlichem) Engagement im Beruf, was die Fürsorge um den Erkrankten erschweren und depressive Bewältigungsstrategien (mit-)bedingen kann.

Schließlich wenden in der Gruppe der berufstätigen Angehörigen mit mehr als 3.000 Euro Familieneinkommen die 44 Angehörigen von Patienten mit einer *abgeschlossenen Lehre* weniger depressive Verarbeitungsstrategien an als die 20 Angehörigen von Patienten ohne abgeschlossene Lehre. Dies zeigt die Bedeutung von beruflicher Integration von psychisch Kranken nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Angehörigen. Kritisch zu hinterfragen und in weiterführenden Studien zu klären ist jedoch, ob Angehörige durch eigene Depressivität und Hoffnungslosigkeit die berufliche Integration ihres Familienmitgliedes auch zum Teil be-/verhindern. Häufig sind sie die stützende Kraft, die eine Beendigung der Ausbildung/Weiterbeschäftigung des Erkrankten ermöglicht. Fällt diese Unterstützung für den Erkrankten weg, so gelingt

den Erkrankten aus eigener Kraft alleine eventuell ihre berufliche Integration weniger. Die Kausalität dieser Zusammenhänge ist bisher nicht erforscht.

Mehr depressive Verarbeitungsstrategien wenden in der Gruppe der Angehörigen von Patienten mit abgeschlossener Lehre diejenigen 27 Angehörigen an, die *keine Unterstützung durch Dritte in der Fürsorge* für den Patienten erhalten, im Vergleich zu denjenigen 17 Angehörigen, die von Dritten Unterstützung in der Fürsorge für den Patienten erhalten. Die Bedeutung des sozialen Netzes und sozialer Unterstützung für das Wohlbefinden der Angehörigen wurde schon an anderen Stellen diskutiert. Die Angehörigen der Analysestichprobe fühlen sich im Durchschnitt mit 3.9 Verwandten und 4.2 Freunden eng verbunden, von welchen sie 3.9 mindestens einmal im Monat treffen. Inwieweit sich die Angehörigen durch diese Kontakte in der Fürsorge um den Erkrankten unterstützt fühlen oder Ablenkung erfahren, wurde nicht erhoben. Während die Wechselwirkungen zwischen depressivem Verhalten und erhaltener Unterstützung in Belastungssituationen für Patienten bereits mehrfach untersucht wurden (Klauer & Schwarzer, 2001), fehlen entsprechende Studien für Angehörige psychisch Kranker. Ferner müssen diese Studien differenzieren zwischen erhaltener und wahrgenommener Unterstützung. Lakey und Cassady (1990) berichten von einer Korrelation zwischen Depressivität und wahrgenommener Unterstützung von  $r = -.45$ . Aus den vorliegenden Ergebnissen kann eindeutig abgeleitet werden, dass erfahrene Unterstützung durch Dritte in der Fürsorge um den Erkrankten depressiven Verarbeitungsstrategien der Angehörigen entgegenwirkt. Es ist anzunehmen, dass Angehörige durch die Unterstützung von außen konkrete Entlastung erfahren, aber auch Impulse für eigene, funktionellere Strategien zum Umgang mit der Erkrankung ihres Familienmitgliedes erhalten.

Dementsprechend könnten insbesondere bei Ersterkrankungen eine bessere Information der Angehörigen über mögliche Krankheitsverläufe, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten depressive Verarbeitungsstrategien von Angehörigen vermindern. Ebenso könnte eine bessere Unterstützung der Angehörigen in der Fürsorge um den Erkrankten und Erleichterungen für psychisch Kranke zur Erlangung eines Ausbildungsplatzes mit stützender Begleitung während der Lehre die depressiven Verarbeitungsstrategien der Angehörigen reduzieren und zum Wohle der Angehörigen wie Patienten adaptivere Bewältigungsstrategien ermöglichen.

#### 5.9.2.2 Prädiktoren für Bagatellisierung und Wunschdenken als Krankheitsverarbeitungsstrategie von Angehörigen

Hinsichtlich der bevorzugten Krankheitsverarbeitungsstrategie Bagatellisierung und Wunschdenken als abhängige Variable erfolgt eine erste Differenzierung im Regressionsbaum bezüglich des Merkmals Familieneinkommen: Die 52 Angehörigen mit einem *Familieneinkommen bis 1.500 Euro* wenden mehr bagatellisierende Verarbeitungsstrategien und Wunschdenken an als die 89 Angehörigen mit einem Familieneinkommen über 1.500 Euro. Da vergleichbare Studienergebnisse wiederum fehlen, kann dieses Ergebnis nur vorläufig mit Schichtzugehörigkeit interpretiert werden. Angehörige mit höherer Bildung und höherem Einkommen wenden möglicherweise weniger bagatellisierende Verarbeitungsstrategien an und sind sich der schwierigen Situation eventuell auch infolge besserer (Fach-)Kenntnisse mehr bewusst.

In der Gruppe der Angehörigen mit einem Familieneinkommen bis 1.500 Euro bagatellisieren ferner die 11 Angehörigen, deren erkranktes Familienmitglied *arbeitslos* ist, deutlich weniger und wenden weniger häufiger Wunschdenken an als die 41 Angehörigen von nicht arbeitslosen Patienten. Dass eine Berufstätigkeit des Erkrankten ein entscheidender Faktor im Belastungserleben von Patienten wie Angehörigen ist, ist bekannt (Corring 2002; Eklund, 2007; Rüesch et al., 2004). Arbeitslosigkeit ist ein derart starker negativer Einflussfaktor, dass eine Bagatellisierung kaum möglich ist.

Der dritte Befund zeigt, dass von den 41 Angehörigen, deren erkranktes Familienmitglied nicht arbeitslos ist, diejenigen deutlich weniger die Krankheitsverarbeitungsstrategien „Bagatellisierung und Wunschdenken“ anwenden, die bereits ein *Gespräch/Gespräche mit dem behandelnden Therapeuten* hatten, als Angehörige, die bisher noch kein Gespräch solcher Art hatten. Hier zeigt sich der korrigierende und unterstützende Einfluss von Information und Entlastung der Angehörigen durch Angehörigengespräche des Therapeuten, welcher insbesondere in vielen Studien zur Evaluation von Psychoedukationsprogrammen belegt ist (Bäumel & Pitschel-Walz 2003; McDonell et al., 2003; Pitschel-Walz, Engel, 2007; Polio et al., 1998).

Diese Ergebnisse zeigen einen Handlungsbedarf der Therapeuten bezüglich einer frühen und kontinuierlichen Information und Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung auf. Ferner wird hier, wie bereits bei der Analyse der depressiven Krankheitsverarbeitungsstrategien, wiederum die Bedeutung der beruflichen Integration der Erkrankten deutlich.

## **5.10 Zusammenhänge zwischen den Einschätzungen der Belastungen der Angehörigen, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, Befindlichkeit unter Medikation und den Surrogatparametern zur Schwere der Erkrankung**

In der Diskussion der Zusammenhänge zwischen den untersuchten Konstrukten werden im Folgenden aufgrund der Vielzahl der Ergebnisse jeweils nur diejenigen Ergebnisse diskutiert, die am auffälligsten und/oder bedeutsamsten für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit sind.

### **5.10.1 Analysestichprobe der Patienten**

#### **5.10.1.1 Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen**

Bereits die Korrelationen hinsichtlich der **Belastungen der Angehörigen in der Einschätzung durch die Patienten** zeigen eine hohe Vernetzung des Belastungsglobalscores mit der Subskala Selbstkontrolle des SWN-K, der psychischen Lebensqualität sowie mit dem depressiven Krankheitsverarbeitungsstil. Diese drei Variablen erweisen sich auch als Prädiktoren für die geschätzte Belastung mittels der multiplen linearen Regression, nach der verheiratete oder mit einem Partner/in zusammenlebende Patienten mit guter emotionaler Regulation, aber geringer Selbstkontrolle unter Medikation, welche während ihres stationären Aufenthalts bedrohliches Verhalten zeigten, ihre Angehörige für stärker belastet halten. Ebenso weist ein depressiver Verarbeitungsstil des Patienten auf eine hoch eingeschätzte Belastung des Angehörigen durch die Patienten und eine geringe psychische Lebensqualität hin. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Patienten trotz ihrer Erkrankung zu Empathie fähig sind, insbesondere wenn sie nahe mit dem Angehörigen zusammenleben und eine gute emotionale Regulation trotz oder gerade wegen ihrer Medikation haben. Die Patienten erkennen den Zusammenhang zwischen ihrem ggf. bedrohlichem Verhalten und einer stärkeren Belastung der Angehörigen. Der Zusammenhang zwischen depressiver Verarbeitung der Patienten und höher eingeschätzter Belastung der Angehörigen ist ein Hinweis darauf, dass Therapeuten ein Bewusstsein bezüglich der Frage entwickeln müssen, inwieweit sich ihr Patient als belastend für den Angehörigen fühlt. Daraus möglicherweise resultierende Schuldgefühle der Patienten gegenüber ihren Angehörigen müssen sowohl hinsichtlich der Einschätzung von Suizi-



dalität (Chessick et al., 2007) wie zur Entlastung der Patienten-Angehörigen-Beziehung in der Therapie vom Therapeuten erfragt und ggf. behandelt werden. Ferner ist aus den Korrelationsanalysen ersichtlich, dass Patienten mit geringer Selbstkontrolle unter Medikation, geringer psychischer Lebensqualität, aber einer höheren Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt ihre Angehörigen für höher belastet einschätzen. Patienten, welche sich der Erkrankung mehr ausgeliefert fühlen und über eine geringe psychische Lebensqualität verfügen, benötigen mehr Unterstützung von ihren Angehörigen und wissen auch um diesen Hilfebedarf. Einzig die Prädiktorvariable höhere Lebenszufriedenheit kann schwer erklärt werden. Sie wird jedoch im Modell benötigt, um die aufgeklärte Gesamtvarianz von 28 % bezüglich der Prädiktion des Gesamtbelastungsscores zu erreichen.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Faktorenanalyse können die Belastungen der Angehörigen in der Einschätzung der Patienten zu zwei Belastungsfaktoren zusammengefasst werden, für welche ebenfalls Prädiktoren ermittelt wurden. Die Prädiktoren für den Faktor 1 „*Institutionelle, emotionale und gesundheitliche Belastung (IEGB) der Angehörigen*“ erscheinen zunächst jedoch als eine willkürliche Mischung möglicher Prädiktoren zu den einzelnen drei Belastungen und bedürfen weiterer Untersuchung. Kritisch kann man hier fragen, ob es sinnvoll ist, die Belastungen der Angehörigen aus Sicht der Patienten faktorenanalytisch zu bündeln, oder ob die faktorenanalytische Bündelung der Belastungsfaktoren der Angehörigen doch besser nur auf der Grundlage der Einschätzungen der Angehörigenstichprobe erfolgen sollte. Die ermittelten Prädiktoren für den zweiten Faktor der Faktorenanalyse, der „*Zeitlichen und finanziellen Belastung (ZFB)*“, sind dagegen allesamt einleuchtend und können als gewisse Bestätigung für die ermittelte zwei-faktorielle Lösung der Faktorenanalyse interpretiert werden. Jüngere, verheiratete oder in einer festen Partnerschaft lebende Patienten, welche nicht in einer therapeutischen Wohngemeinschaft leben, über wenig Selbstkontrolle unter Medikation verfügen und Bedrohungen/Tätlichkeiten während ihres stationären Aufenthaltes aufweisen, ohne dass sie fixiert wurden, schätzen die Belastungen ihrer Angehörigen in den Bereichen Finanzen und Zeitaufwendungen als besonders hoch ein. Die Regressionsanalysen bezüglich der **Kontrollüberzeugungen** der Patienten zeigen unter anderem, dass persönlichkeitsgestörte Patienten, welche gute mentale Funktionen unter Medikation besitzen und auf Religiosität bzw. Sinnsuche als Bewältigungsstrategie zurückgreifen, besonders hohe *internale Kontrollüberzeugungen* haben. Der Zusammenhang zwischen vermehrten externalen Kontrollüberzeugungen und chronischer Erkrankung bzw.

zunehmenden Schweregrad der Erkrankung ist besonders hinsichtlich der schizophrenen und depressiven Erkrankung vielfach belegt (Birchwood et al., 1993; Goodman et al., 1994; Haley et al., 2003; Harrow et al., 2009; Lohaus, 1992; Lasar & Loose, 1994; Varkey & Sathyavathi, 1984). An dieser Stelle kann der Befund vorneweg als übereinstimmender Beleg diskutiert werden, dass diejenigen Patienten, die weder an einer Persönlichkeitsstörung noch an einer unipolaren Depression leiden, vermehrt auf external-soziale Kontrollüberzeugungen zurückgreifen. Dies stimmt mit der hier vorliegenden Präferenz der persönlichkeitsgestörten Patienten für interne Kontrollüberzeugungen überein. Dass weiterhin gerade die Krankheitsbewältigungsstrategie „Religiosität und Sinnsuche“ Prädiktor für interne (und nicht external-fatalistische) Kontrollüberzeugungen ist, ist Beleg dafür, dass die Patienten vorrangig intrinsisch religiös sind und nicht nur vordergründig extrinsisch motiviert religiöse Praktiken anwenden (vgl. Differenzierung in extrinsisch und intrinsisch motivierte Religiosität im Kapitel 5.3.1). Die Prädiktion der internalen Kontrollüberzeugungen durch eine relative Behandlungsunzufriedenheit bei hoher Lebenszufriedenheit im Allgemeinen, ist zum Teil auch durch die signifikant positive Korrelation zwischen internalen Kontrollüberzeugungen und globaler Lebensqualität bestätigt, bedarf bezüglich ihrer Kausalität jedoch noch weiterer Forschung.

Die Diagnose des Patienten ist ein Prädiktor für *external-soziale Kontrollüberzeugungen*: Patienten, welche weder an einer Persönlichkeitsstörung noch an einer unipolaren Depression erkrankt sind, haben höhere external-soziale Kontrollüberzeugungen. Dies stimmt mit dem bereits genannten Befund überein, dass persönlichkeitsgestörte Patienten vorrangig interne Kontrollüberzeugungen haben. Die weiteren Prädiktoren, nämlich vermehrt aktiv problemorientierte Krankheitsbewältigung, hohe Behandlungszufriedenheit sowie ein durch den Therapeuten beurteiltes besseres psychosoziales Funktionsniveau bei Aufnahme, zeichnen das Bild eines relativ weniger kranken, schizophrenen oder depressiven Patienten, der eine erfolgreiche Behandlung durch einen von ihm hoch akzeptierten und angesehenen Therapeuten erfährt, welche ihn in der aktiv problemorientierten Bewältigung seiner Erkrankung verstärken. Da vergleichende Studien fehlen, können diese als stimmig empfundenen Zusammenhänge vorläufig nur als Hypothesen für nachfolgende Studien dienen.

*External-fatalistische Kontrollüberzeugungen* weisen dagegen eher nach der Entlassung gesetzlich betreute Patienten mit einer schlechten Selbstkontrolle unter Medikation auf sowie die Patienten, die vermehrt Religiosität und Sinnsuche als Bewältigungsstrategie einsetzen und keine positiven Veränderungen infolge der Erkrankung sehen. Da

gesetzlich Betreute häufig die Betreuung als gegen ihren Willen und damit als nicht beeinflussbares Schicksal erfahren, ist gut nachvollziehbar, dass gesetzlich betreute Patienten, zumal wenn sie auch unter einer schlechten Selbstkontrolle unter Medikation leiden, vermehrt external-fatalistische Kontrollüberzeugungen haben. Ferner muss Religiosität und Sinnsuche differenziert betrachtet werden: Religiöses Bewältigungsverhalten kann selbstdirektiv, kollaborativ oder delegierend sein (Klein & Albani, 2007). Beim selbstdirektiven Stil wird keine Hilfe von Gott erwartet, sondern für eine Verbesserung der Lebenssituation wird ausschließlich eigene Aktivität als relevant angesehen, beim kollaborativen Stil wird von einer Unterstützung Gottes für das eigene Tun ausgegangen und im delegierenden Stil wird ausschließlich Hilfe von Gott erhofft, während der Mensch selbst passiv bleibt. Dieser letzten Gruppe sind diejenigen Patienten zuzuordnen, welche vermehrt Religiosität und Sinnsuche als Bewältigungsstrategie einsetzen und external-fatalistische Kontrollüberzeugungen haben. Sie interpretierten ihre Erkrankung auch nicht selten als „Strafe Gottes“ und können deshalb auch keine positiven Veränderungen infolge der Erkrankung sehen.

Die Prädiktoren der **Bewältigungsstrategien** sind bezüglich der fünf untersuchten Subskalen uneinheitlich und deshalb jeweils differenziert zu betrachten. Der *depressive Verarbeitungsstil* wird von mangelnder Selbstkontrolle, geringer physischer Lebensqualität sowie einer für die Angehörigen sehr hoch eingeschätzten Belastung vorhergesagt. Diese Zusammenhänge sind einleuchtend, da das Gefühl des Patienten, für seine Angehörigen Ballast zu sein, seine depressive Symptomatik wie depressiven Verarbeitungsstrategien verstärken kann, was wiederum zu einer gewissen Lähmung, einem Gefühl der Hilflosigkeit und mangelnder Selbstkontrolle führen kann.

Die Prädiktoren für die signifikant häufigere Anwendung *aktiv problemorientierter Verarbeitungsstile* passen inhaltlich gut zusammen und sind überzeugend, auch wenn Ergebnisse anderer Studien diesbezüglich noch weitgehend ausstehen: Patienten mit einer eher hohen psychischen Lebensqualität, welche also infolge ihrer Symptomatik in ihrer Handlungsfähigkeit nicht völlig willenlos oder gelähmt sind, sowie Patienten, welche nicht an Therapieresistenz leiden und deshalb von der Behandlung profitieren und in ihren Überzeugungen eher sozial-external attribuieren sowie infolge ihrer geringen Zufriedenheit mit dem Leben ausreichend Handlungsdruck bezüglich Veränderungen in ihrem Leben haben, wenden bevorzugt aktiv problemorientierte Bewältigungsstrategien an. Der Zusammenhang mit sozial-externalen Kontrollüberzeugungen ist auch bei Modestin, Caveng, Wehrli und Malti (2009) belegt, welche eine Stichprobe von 64 statio-

när behandelten schizophrenen Patienten bezüglich möglicher Einflussfaktoren auf deren Copingstile untersuchten.

Bezüglich der Prädiktion des Verarbeitungsstils *Ablenkung und Selbstaufbau* dominieren vor allem die sozial-externalen und sozial-fatalistischen Kontrollüberzeugungen, wonach Patienten mit diesen Kontrollüberzeugungen ihren Erkrankungsverlauf vorrangig dem Wirken anderer Personen in ihrem Umkreis oder einer Schicksalsmacht/Gott zuschreiben. Damit ist verständlich, dass diese Patienten bevorzugt Ablenkung und Selbstaufbau anwenden, da sie sich selber als relativ wirkungslos in ihrem Tun erfahren.

Auf die Bewältigungsstrategie *Religiosität und Sinnsuche* greifen eher ältere männliche Patienten zurück, die mit der Behandlung zufrieden sind, obgleich sie unerwünschte Arzneimittelwirkungen haben. Weitere Prädiktoren sind sowohl internale wie external-fatalistische Kontrollüberzeugungen und positive Veränderungen infolge der Erkrankung. Während es eher überraschend ist, dass vorrangig Männer und nicht Frauen Halt im Glauben suchen, ist die Prädiktion durch internale (intrinsisch motivierte Gläubige) und external-fatalistische (extrinsisch motivierte Menschen, die religiöse Rituale ausüben) Kontrollüberzeugungen verständlich und in der Literatur auch gut erklärt (Klein & Albani, 2007; Seyringer et al., 2007a). Die Zusammenhänge zwischen dem Erkennen von auch positiven Veränderungen infolge der Erkrankung mit Religiosität sind bekannt (Seyringer et al., 2007a). Ebenfalls belegt ist, dass Religiosität die Behandlungsbereitschaft und -zufriedenheit von Patienten steigert (Borras et al., 2007; Logan & Romans, 2002; Koenig et al., 2001).

Die Prädiktion der Verarbeitungsstrategie *Bagatellisierung und Wunschdenken* war schwierig, die gefundenen Prädiktoren erscheinen eher willkürlich. Das gefundene Modell hat mit nur 14% auch mit Abstand die geringste Varianzaufklärung, weshalb es hier nicht näher diskutiert wird, zumal auch vergleichbare Forschungsergebnisse fehlen.

Die **Behandlungszufriedenheit (ZUF-8)** wird vorhergesagt durch eine hohe Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen und bezüglich der Umwelt, einer geringen psychischen Lebensqualität, hohen sozial-externalen und geringen fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen sowie durch das Vorliegen keiner gesetzlichen Betreuung bei stationärer Aufnahme. Der Zusammenhang zwischen Behandlungszufriedenheit und hoher Lebensqualität bezüglich der Umwelt betont die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung des ZUF-8, nach der am häufigsten die räumliche Ausstattung in der Rubrik der freien Nennungen genannt wurde. Der Zusammenhang zwischen (allgemeiner) Zufriedenheit und dem Vorhandensein eines stabilen sozialen Net-

zes ist bereits belegt (Rüesch et al., 2004), ebenso der Zusammenhang zwischen unfreiwilliger stationärer Aufnahme und Unzufriedenheit mit der Behandlung (Spießl et al., 1995, 2000). Der Befund, dass keine weiteren objektiven Kriterien, wie z. B. der durch den Therapeuten eingeschätzte Schweregrad der Erkrankung bei Entlassung, Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit haben, mag zunächst erstaunen, betont aber umso mehr die Relevanz der gefundenen Prädiktoren und verweist auf die Subjektivität der Einschätzungen der Behandlungszufriedenheit. Auch Spießl und Mitarbeiter (2009) belegen, dass abgesehen von der Psychopathologie keine objektiven soziodemographischen und krankheitsbezogenen Variablen signifikanten Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit haben.

Die Prädiktoren der *Lebensqualität (WHOQOL-BREF)* werden differenziert nach den fünf erhobenen Domänen diskutiert. Patienten mit guten mentalen Funktionen und gutem physischen Wohlbefinden unter Medikation, mit einer geringen depressiven Krankheitsverarbeitungsstrategie und einer hohen Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt weisen eine bessere *physische Lebensqualität* auf. Diese Zusammenhänge sind selbstevident.

Für eine hohe *psychische Lebensqualität* erweisen sich soziale Integration, gute Selbstkontrolle und physisches Wohlbefinden unter Medikation, die Anwendung aktiv problemorientierter Verarbeitungsstrategien, eine hohe Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt sowie das männliche Geschlecht als hochsignifikante Prädiktoren. Mit 75 % Varianzaufklärung bei einer eingeschlossenen Fallzahl von 274 Patienten ist dies ein sehr gut belegtes Modell, welches zeigt, wie bedeutsam Sozialkontakte und physisches Wohlbefinden für die psychische Lebensqualität sind. Ferner ist dieses Modell Beleg dafür, dass aktiv problemorientierte Krankheitsbewältigungsstrategien den adaptiven Bewältigungsstrategien zuzurechnen sind. Dass Frauen infolge der Fürsorge um ein erkranktes Familienmitglied mehr Probleme bzw. eine höhere Belastung angeben als Männer, ist belegt (Kelly et al., 2007; Wancata et al., 2008); dementsprechend ist auch von einer reduzierten psychischen Lebensqualität von Frauen auszugehen. Eine eigene Analyse von 722 Aussagen von 32 Angehörigen von bipolar Erkrankten zu ihrem Belastungserleben zeigt jedoch, dass Frauen zwar mehr emotionale Probleme bezüglich der Qualität der Beziehung zum Erkrankten nennen, Männer jedoch ebenfalls stark belastet sind, wenn auch in anderer Weise: Männer nennen vermehrt Probleme in Folge der Einschränkung ihrer eigenen Autonomie aufgrund der Erkrankung des Familienmitgliedes sowie Unsicherheit bezüglich der Frage, inwieweit sie den Erkrankten be-

lasten/fordern dürfen, und Unsicherheit im Umgang mit den wechselnden Symptomen der Erkrankung (Schmid et al., in Druck).

Sollen Sozialkontakte gelingen und tragfähig bleiben, sind ein gewisses Maß an Selbstkontrolle sowie das Unterlassen von Aggressionen gegenüber Dritten unabdingbare Voraussetzungen. Die Prädiktoren Selbstkontrolle unter Medikation und Aggressionen während des stationären Aufenthaltes sind somit einleuchtende Prädiktoren für die *Lebensqualität in dem Bereich der sozialen Beziehungen*. Nicht mehr kontrovers wird inzwischen auch hier die Genderfrage diskutiert (Cramer, Torgersen & Kringlen, 2007). In der vorliegenden Studie findet sich ein entsprechender Zusammenhang zwischen weiblichem Geschlecht und einer besseren Lebensqualität im Bereich der sozialen Beziehungen.

Eine hohe *Lebensqualität bezüglich der Umwelt* ist, wie bereits vielfach belegt ist, von einer hohen sozialen Integration sowie dem Familienstand verheiratet oder zusammenlebend abhängig (Cramer et al., 2007; Lam, Donaldson, Brown, Malliaris, 2005; Webb et al., 1998). Ferner spricht die geringe Verwendung des Verarbeitungsstils Bagatellisierung und Wunschdenken für eine hohe Lebensqualität in diesem Bereich, was aufzeigt, dass die Bewältigungsstrategie Bagatellisierung und Wunschdenken unter die maladaptiven Verarbeitungsstrategien zu subsumieren ist.

Die bezüglich der *globalen Lebensqualität* gefundenen Prädiktoren hohe Behandlungszufriedenheit, gutes physisches Wohlbefinden, gute soziale Integration, hohe Zufriedenheit mit dem Leben und das Erkennen von positiven Veränderungen infolge der Erkrankung zeigen die Trias guter Behandlungserfolg (und damit hohe Behandlungszufriedenheit), gute Einbindung in ein tragfähiges soziales Netz sowie physisches Wohlbefinden, welche zusammenfassend die Lebensqualität der Patienten bedingt. Hier gilt es bei der Entwicklung und Implementierung von Verbesserungen für die Lebenssituation der Patienten anzuknüpfen (vgl. Kapitel 5.11).

#### *5.10.1.2 Ergebnisse der clusteranalytischen Auswertung*

Ziel der durchgeführten Clusteranalysen war es, die Patienten der Gesamtstichprobe zu Clustern zu gruppieren, um zu analysieren, ob sich charakteristische Untergruppen innerhalb der Patientengruppen finden lassen. Es konnte eine statistisch und inhaltlich sinnvoll interpretierbare Drei-Cluster-Lösung ermittelt werden, wenngleich die Gruppen der drei Cluster stark unterschiedlich groß sind.

Das 13 Patienten umfassende Cluster 1 beinhaltet vorwiegend ledige schizophrene, sehr schwer erkrankte Patienten mit langer kumulierter Verweildauer und häufig bestehender Therapieresistenz und gesetzlicher Betreuung.

Im 303 Patienten umfassenden Cluster 2 sind dagegen Patienten aller Diagnosegruppen enthalten, welche verhältnismäßig nicht so schwer erkrankt sind wie die Patienten von Cluster 1 und 3, eine geringere kumulierte Verweildauer haben und auch noch eher mit einem Partner/in zusammenleben als die Patienten der anderen beiden Cluster.

Cluster 3 umfasst mit 12 Patienten ähnlich schwer kranke ledige, schizophren oder bipolar affektiv erkrankte Patienten mit sehr langer Verweildauer wie Cluster 1, allerdings zeigen diese Patienten häufig auch aggressives Verhalten während ihres Klinikaufenthaltes bei ebenfalls häufig bestehender gesetzlicher Betreuung bereits bei Aufnahme in die Klinik.

Die entscheidenden Einflussfaktoren für die Gruppenbildung sind demnach in den clusteranalytischen Modellen die Schwere der Erkrankung und die kumulierte Verweildauer in der Klinik. Damit eng verbunden sind Therapieresistenz und aggressives Verhalten während des Klinikaufenthaltes als weitere differenzierende Parameter. Ersterkrankung bzw. Wiederaufnahme sowie die Diagnose des Patienten und ob der Patient mit dem Angehörigen zusammenlebt sowie ob Angehörigengespräche stattgefunden haben, haben dagegen für die Clusterbildung wenig Einfluss. Dies zeigt, dass weniger die Diagnose der Erkrankten als vielmehr der Schweregrad ihrer Erkrankung und die damit verbundene Verweildauer in der Klinik für die Ermittlung von Hoch-Risiko-Gruppen innerhalb der Patientenstichprobe entscheidend sind. Insbesondere diese Parameter sollten deshalb auch in nachfolgenden Forschungsarbeiten berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 5.12).

### 5.10.1.3 Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle

Zur Beantwortung der Frage, wie die erhobenen Konstrukte Belastungen, Befindlichkeit unter Medikation, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität zusammenhängen, wurden um der Vielzahl der Daten in einem umfassenden integrativen Modell gerecht zu werden, Strukturgleichungsmodelle berechnet. Die Kennwerte und Anpassungsmaße des ausführlichen wie des gekürzten Modells liegen für die Patientenstichprobe jeweils voll im optimalen Referenzrahmen, die aufgeklärten Varianzanteile sind jeweils gut. Da Daten von 328 Patienten in die Modelle einbezogen werden konnten, darf auch von einer guten Generalisierbarkeit der Daten ausgegangen werden.

Im *ausführlichen Modell* wurden nach Sichtung der aktuellen Literatur hypothesengeleitet alle sinnvoll denkbaren Zusammenhänge zwischen den erhobenen Konstrukten berücksichtigt. Auf dieses Modell soll aufgrund seiner Unübersichtlichkeit und Vielzahl der Zusammenhänge zwischen und innerhalb der abhängigen und unabhängigen Variablen nicht näher eingegangen werden. Es wurde ausschließlich als Grundlage für möglichst relevante Beziehungen in dem gekürzten Modell generiert. Anhand der Signifikanzen des ausführlichen Modells wurde das gekürzte Modell ermittelt.

13 Beziehungen zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen und drei Zusammenhänge innerhalb der abhängigen Variablen kennzeichnen das *gekürzte Modell*, dessen hypothesengenerierender Charakter nochmals betont werden soll.

Zunächst entfällt erstaunlicherweise im gekürzten Modell die unabhängige Variable *psychosoziales Funktionsniveau des Patienten* bei Aufnahme (GAF-Werte) aufgrund mangelnder Relevanz. Bereits im ausführlichen Modell wurde der objektive Parameter *Schweregrad der Erkrankung* (CGI-Werte) in die Modellberechnungen vom Programm nicht aufgenommen. Mit Ausnahme der *kumulierten Verweildauer* sagen somit im gekürzten Modell ausschließlich subjektive Parameter die subjektiven Outcome-Variablen geschätzte Belastung der Angehörigen, subjektives Wohlbefinden unter Medikation, die globale Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit voraus. Während die kumulierte Verweildauer auch in den Cluster- und Regressionsanalysen wiederholt als signifikanter Einflussfaktor für die genannten subjektiven Outcome-Variablen auftritt, ist erstaunlich, dass das psychosoziale Funktionsniveau des Patienten und der Schweregrad seiner Erkrankung keine Berücksichtigung in dem ermittelten Modell finden. Dieser Befund steht jedoch in Einklang mit den Regressionsanalysen, in denen die GAF- und CGI-



Werte ebenfalls kaum als Prädiktor ermittelt wurden, sowie in Einklang mit den Ergebnissen der Regressionsbäume, in denen nur die Chronizität bzw. der rezidivierende Verlauf der Erkrankung die entscheidende Einflussgröße ist. Die kumulierte Verweildauer hat somit mehr Einfluss auf die untersuchten subjektiven Outcome-Variablen als das psychosoziale Funktionsniveau und der Schweregrad der Erkrankung. Inwieweit die kumulierte Verweildauer den Schweregrad der Erkrankung abbildet, wurde in dieser Studie nicht untersucht. Es darf jedoch vermutet werden, dass der Zusammenhang nicht zwingend linear positiv ist und dass die kumulierte Verweildauer von einer Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren bestimmt wird.

In dem betrachteten Modell schätzen *Patienten, welche stark depressiv verarbeiten*, ihre Angehörigen als stark belastet ein und fühlen sich eher unwohl unter ihrer Medikation. Bereits in der ersten und weiterhin einzigen Studie von Cousineau et al. (2003), welche den Einfluss des Gefühls von dialysepflichtigen Patienten, ihren Angehörigen Ballast zu sein, untersucht, zeigten sich verschiedene moderate Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand sowie dem physischen und funktionellen Status der untersuchten Patienten. Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung zeigt diesbezüglich, dass depressive Symptome von Patienten nicht gleichzusetzen sind mit einem fehlenden Gefühl der Patienten für die Belastungen der Angehörigen. Des Weiteren zeigt das Ergebnis, dass gerade Patienten, welche vermehrt depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien einsetzen, ihre Angehörigen als stark belastet einschätzen. Es ist jedoch hinsichtlich der Kausalität auch der Umkehrschluss möglich: Spüren Patienten, dass ihre Angehörigen infolge der Erkrankung des Patienten stark belastet sind, so belastet dies wiederum die Patienten und lähmt sie hinsichtlich der Anwendung von funktionaleren Krankheitsbewältigungsstrategien. Der gefundene Zusammenhang zwischen vermehrt depressiven Bewältigungsstrategien und schlechterer Befindlichkeit unter Medikation ist in der Forschungsliteratur bisher nicht belegt, allerdings zeigt eine Studie, welche depressive Symptome im engeren Sinne mit der Befindlichkeit unter Medikation vergleicht, ähnliche Zusammenhänge (Naber, 1995). Der Einfluss eines depressiven Krankheitsverarbeitungsstils auf die globale Lebensqualität, welche im ungekürzten Modell noch belegt war und in der Forschungsliteratur kontrovers diskutiert wird (Cramer et al. 2007; Dias et al. 2008; Eack & Newhill, 2007; Hofer et al., 2004; Masthoff Trompenaars, van Heck, Hodiamond, de Fries 2006; Michalak, Murray, Young, Lam 2008; Pan et al., 2006), findet sich im gekürzten Modell allerdings nicht.

Der vermutete positive Zusammenhang zwischen einem *aktiv problemorientierten Verarbeitungsstil des Patienten* und seinem Wohlbefinden unter Medikation konnte dagegen bestätigt werden. Auch hier ist jedoch die Frage der Kausalität in weiterführenden Studien zu klären. Können durch ein besseres Wohlbefinden unter Medikation aktiv problemorientierte Verarbeitungsstrategien von den Patienten leichter angewandt werden oder fördern aktiv problemorientierte Verarbeitungsstrategien und die damit verbundene bessere Compliance das Wohlbefinden unter Medikation?

Zusammenhänge zwischen der Krankheitsverarbeitungsstrategie *Religiosität und Sinnsuche* mit der Behandlungszufriedenheit, der eingeschätzten Belastung der Angehörigen sowie der globalen Lebensqualität konnten nur in der Tendenz, nicht aber auf signifikanter Ebene gefunden werden. Die jeweiligen positiven Pfadkoeffizienten stützen jedoch das Gesamtmodell und bestätigen damit frühere Befunde hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Religiosität und höherer Zufriedenheit (Hackney & Sanders, 2003) bzw. Lebensqualität (Zwingmann, 2005). Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Religiosität des Patienten und eingeschätzter Belastung der Angehörigen liegen bisher keine anderen Studienergebnisse vor.

Im Rahmen des betrachteten Modells wirken hohe *internale Kontrollüberzeugungen* der Patienten positiv auf ihr subjektives Wohlbefinden unter ihrer Medikation und negativ auf ihre Behandlungszufriedenheit. Patienten mit hohen internalen Kontrollüberzeugungen nehmen möglicherweise ihre Medikation vermehrt aus eigener Überzeugung/selbstbestimmt ein und erfahren somit bessere Response hinsichtlich ihrer Krankheitssymptomatik. Gleichzeitig schreiben sie aber auch Verbesserungen in ihrem Krankheitsverlauf eher internal ihrer eigenen Person zu, was den negativen Einfluss auf ihre Behandlungszufriedenheit erklären kann. Ferner gibt es Belege für den Zusammenhang zwischen hohem Selbstwertgefühl und internalen Kontrollüberzeugungen (Goodman et al., 1994). Patienten mit hohem Selbstwertgefühl schreiben Behandlungserfolge eventuell vermehrt ihrer eigenen Person und Misserfolge vermehrt anderen Helfern zu. Diese Interpretation wäre auch in Einklang mit dem Befund, dass hohe *external-soziale Kontrollüberzeugungen* die Behandlungszufriedenheit des Patienten reduzieren. Hohe *external-fatalistische Kontrollüberzeugungen* haben im Modell jedoch einen signifikant positiven Zusammenhang mit der globalen Lebensqualität. Insbesondere letzterer Befund bedarf weiterer Untersuchung, da die Zusammenhänge bisher diffus sind und Erklärungsmöglichkeiten stark hypothetischen Charakter haben.

Schließlich gibt es im betrachteten Modell jeweils einen negativen Pfadkoeffizienten von der *kumulierten Verweildauer* zur Behandlungszufriedenheit und zur globalen Lebensqualität, wonach Patienten mit geringerer kumulierter Verweildauer in der Klinik eine signifikant höhere Behandlungszufriedenheit und eine signifikant höhere globale Lebensqualität haben. Eine geringere kumulierte Verweildauer verweist häufig auf eine leichtere Erkrankung mit höherer Remissionswahrscheinlichkeit und geringerer Rückfallrate, was die Bewertung der Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität sicher maßgeblich beeinflusst. Dieser negative Pfadkoeffizient weist jedoch auch darauf hin, dass eine erfolgreiche Behandlung keine lange Behandlung sein muss. Insbesondere wenn Patienten das Gefühl haben, ihr Stationsaufenthalt wird unnötig verlängert, ohne dass sie entsprechende Therapiegespräche oder -angebote erhalten, sinkt ihre Behandlungszufriedenheit (Spießl et al., 1996; Spießl, Leber, Kaatz & Cording, 2002).

Innerhalb der abhängigen Variablen findet sich ein signifikant positiver Pfadkoeffizient zwischen der *subjektiven Befindlichkeit des Patienten unter Medikation* und der globalen Lebensqualität. Der vermutete Zusammenhang zwischen der Befindlichkeit unter Medikation und der Behandlungszufriedenheit des Patienten konnte dagegen nicht bestätigt werden. Da sich sowohl der Erhebungsbogen zur Befindlichkeit unter Medikation (SWN-K) wie der Fragebogen zur Erhebung der Lebensqualität (WHOQOL-BREF) auf subjektive Aspekte der Befindlichkeit bezieht, ist ein enger Zusammenhang selbstevident. Diese inhaltliche Nähe wirft jedoch die Frage nach der diskriminanten Validität der beiden Fragebögen auf.

Weiterhin wurde in diesem Modell ein signifikant positiver Pfadkoeffizient zwischen der *globalen Lebensqualität* und der Behandlungszufriedenheit des Patienten belegt. Frühere Studien belegen den Zusammenhang zwischen Behandlungszufriedenheit des Patienten und subjektiver Lebenszufriedenheit (Blenkiron & Hammill, 2003; Rohland, Langbehn & Rohrer, 2000), differenzierte Studien zum Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit fehlen jedoch erstaunlicherweise bis heute. Intuitiv ist dieser Befund sinnvoll, da Beeinträchtigungen in der Behandlungszufriedenheit sehr wahrscheinlich auch negative Auswirkungen auf die globale Lebensqualität haben. Dieser Zusammenhang ist jedoch auch Auftrag an die professionellen Helfer: Wollen sie ihren Patienten eine möglichst gute globale Lebensqualität ermöglichen, müssen sie eine hohe Behandlungszufriedenheit des Patienten durch eine engagierte, fachlich kompetente und menschlich kommunizierte Behandlung erreichen.

### 5.10.2 Analysestichprobe der Angehörigen

#### 5.10.2.1 Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen

Bei der Vorhersage der **globalen Belastungseinschätzung der Angehörigen durch die Angehörigen** sind insbesondere die Verarbeitungsstrategien bedeutsam: Angehörige, die aktiv problemorientiert bewältigen und vermehrt die Bewältigungsstrategie Religiosität und Sinnsuche einsetzen, sind stärker belastet. Dieser Zusammenhang verwundert zunächst, könnte man doch annehmen, dass Angehörigen, welche problemorientierte Bewältigungsstrategien anwenden, eine geringere Belastung aufweisen, als z. B. bei Anwendung von Bagatellisierung und Wunschdenken. Durch die Regressionsanalysen ist die Kausalität nicht geklärt. So kann der Zusammenhang auch bedeuten, dass gerade wenn die Angehörigen sich höher belastet fühlen, sie auf aktiv problemorientierte Bewältigungsformen und (intrinsisch motivierte) Glaubensüberzeugungen zurückgreifen, während bei einem geringeren Belastungslevel der Leidenspegel eventuell noch nicht derart hoch ist und deshalb auf weniger adaptive, aber „bequemere“ Bewältigungsformen zurückgegriffen wird. Der Zusammenhang zwischen hoher Belastung und problemorientierten Bewältigungsstrategien ist auch in einer früheren umfangreichen Arbeit (Webb et al., 1998) belegt, jedoch hier vorrangig für den Umgang mit Minussymptomen des Patienten. Auffällig ist ferner, dass nach den Ergebnissen der Korrelationsanalysen die Belastungseinschätzung der Angehörigen positiv mit dem depressiven Krankheitsverarbeitungsstil und der Verarbeitungsstrategie Bagatellisierung und Wunschdenken korreliert. Zur Klärung der Zusammenhänge zwischen Belastungsempfinden und bevorzugtem Copingstil besteht deshalb weiterer Forschungsbedarf. Die weiteren Prädiktoren für eine starke globale Belastung der Angehörigen, nämlich geringe psychische Lebensqualität, geringe Behandlungszufriedenheit, chronischer Krankheitsverlauf beim Patienten und Bedrohungen bzw. Tötlichkeiten des Erkrankten während seines stationären Aufenthaltes, sind einleuchtend und bedürfen keiner weiteren Erklärung.

Für die durch die Faktorenanalyse ermittelten zwei Belastungsfaktoren wurden ebenfalls Prädiktoren ermittelt. Die für den Belastungsfaktor „Zeit, Gesundheit, Emotionen und Freizeit (ZGEFB)“ ermittelten Prädiktoren bipolar affektive Störung des Erkrankten, Chronizität der psychischen Störung, geringe psychische Lebensqualität sowie vermehrte depressive Krankheitsverarbeitung und Religiosität und Sinnsuche, sind allesamt gut nachvollziehbar und stehen in Einklang mit den übrigen Ergebnissen dieser

Studie. So besteht die einzige nach  $\alpha$ -Fehleradjustierung signifikante Korrelation der Angehörigenstichprobe zwischen dem depressivem Krankheitsverarbeitungsstil und dem faktorenanalytisch ermittelten Belastungsfaktor 1, dem ZGEFB. Ein Vergleich mit Prädiktoren anderer Studien ist weiterhin nicht möglich, da in verschiedenen Belastungsstudien die Belastungsfaktoren zwar ebenfalls gebündelt bzw. kategorisiert werden, dies jedoch häufig nach Einschätzung der Autoren erfolgt und nicht auf faktorenanalytischen Auswertungen basiert (Angermeyer et al., 1997; Chakrabarti, Raj & Kulkara, 1995; Fadden et al., 1987b; Jungbauer et al., 2001a). Da sich ferner die Studien hinsichtlich Stichproben und Erhebungsdesign erheblich unterscheiden, sind direkte Vergleiche der faktoren- und regressionsanalytischen Auswertungen bisher nicht möglich. Auch die Prädiktoren für den Faktor 2 „Institution und Finanzen betreffende Belastungen (IFB)“ sind gut nachvollziehbar und zeigen, dass Behandlungszufriedenheit sowie eine ggf. notwendige gesetzliche Betreuung vorrangig Belastungen der Angehörigen mit der Institution bewirken, und die Frage, ob Angehörige Vollzeit berufstätig sind bzw. infolge der Erkrankung ihres Familienmitglieds berufstätig sein können, das Ausmaß ihrer finanziellen Belastungen infolge der Erkrankung bedingt.

Die Prädiktoren der **Kontrollüberzeugungen** der Angehörigen müssen differenziert für die drei Subskalen KKG-I, KKG-EP und KKG-EF diskutiert werden. Ergebnisse vergleichbarer Studien fehlen wiederum.

Hohe *internale Kontrollüberzeugungen* der Angehörigen werden vorhergesagt von einer hohen physischen, aber geringen psychischen Lebensqualität, durch ein geringes psychosoziales Funktionsniveau des Patienten bei Aufnahme sowie durch den Prädiktor Entweichung des Patienten. Bedeutsam für bevorzugt internale Kontrollüberzeugungen sind also starke Beeinträchtigungen in der psychischen Belastbarkeit bei eher gutem physischen Befinden. Der Prädiktor Entweichung des Patienten stützt das Modell, ist jedoch schwer zu interpretieren.

Prädiktoren für hohe *external-soziale Kontrollüberzeugungen* sind weibliches Geschlecht, Berufstätigkeit in Vollzeit, eine gute Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen, Verbundenheit mit einer kirchlichen Gruppe, aber auch vermehrt depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien sowie eine hohe Behandlungszufriedenheit, obgleich der Schweregrad der Erkrankung des Patienten bei Entlassung weiterhin von den Therapeuten als eher schwer eingeschätzt wird. Während für die ersten vier genannten Prädiktoren der Zusammenhang mit der sozialen Einbindung einleuchtend ist, zeigt der Zusammenhang zwischen vermehrt depressiven Copingstrategien mit external-sozialen

Kontrollüberzeugungen die Notwendigkeit, in der Therapie von depressiven Störungen insbesondere die internalen Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit der Erkrankten zu stärken, um eine gute Balance zwischen externalen Überzeugungen und internalen Kontrollüberzeugungen zu erreichen.

*External-fatalistische Kontrollüberzeugungen* haben vorrangig Angehörige, die ein Familienmitglied mit einer depressiven Störung haben oder/und auch selbst depressive Verarbeitungsstrategien anwenden, eine geringe psychische Lebensqualität haben, Religiosität und Sinnsuche vermehrt nützen sowie aktives problemorientiertes Coping eher weniger einsetzen. Es handelt sich also um extrinsisch religiös motivierte Angehörige oder Angehörige, die sich von der Symptomatik ihres erkrankten Familienmitgliedes „anstecken“ haben lassen und der Unterstützung von außen bedürfen, um adaptive aktiv problemorientierte Strategien zu erlernen. Diese Zusammenhänge werden auch durch Ergebnisse der Korrelationsanalysen in vollem Ausmaß gestützt.

Im Folgenden werden Prädiktoren für die **Krankheitsbewältigungsstrategien** der Angehörigen diskutiert, wobei Ergebnisse von vergleichbaren Studien wiederum gänzlich fehlen.

*Depressive Verarbeitungsstrategien* werden vor allem von Angehörigen mit einer geringen Lebensqualität bezüglich sozialer Beziehungen ausgeübt, ferner von Angehörigen mit hohen external-fatalistischen Kontrollüberzeugungen, hohen Belastungen infolge der Erkrankung des Patienten und von Angehörigen, die nicht Hausfrau/-mann oder in Rente sind. Ein fehlendes tragfähiges soziales Netz, welches sich in der geringen Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen widerspiegelt, begünstigt eine depressive Verarbeitung. Fehlen ermutigender Zuspruch von Dritten, soziale Vergleiche und Vorbilder in der Krankheitsbewältigung, so erschwert dies die Krankheitsbewältigung. Dieser Zusammenhang unterstreicht einerseits die Notwendigkeit von Angehörigen- und psychoedukativen Gruppen, in denen Angehörige unter Gleichbetroffenen sind und von diesen lernen können, weist andererseits aber auch darauf hin, dass sich Angehörige auch Sozialkontakte mit Nicht-Betroffenen wünschen (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Gasque-Carter & Curlee, 1999; Östman & Hansson, 2002). Der Prädiktor „nicht Hausfrau/mann oder in Rente“ deutet darauf hin, dass selbst diejenigen Angehörigen, die eine Berufstätigkeit ausüben und somit zumindest mit Kollegen in Kontakt stehen, auch eine geringe soziale Lebensqualität haben können, was depressive Verarbeitungsstrategien begünstigt. Der Zusammenhang zwischen depressiver Verarbeitung und fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen ist einleuchtend. Gefühle der Ohnmacht und

Hilflosigkeit begünstigen Attribuierungen von Ausgeliefertsein an das Schicksal, einen allmächtigen Gott oder den Zufall.

Prädiktoren für *aktiv problemorientierte Verarbeitungsstrategien* der Angehörigen sind unter anderem eine gute Lebensqualität bezüglich der Umwelt, geringe physische Lebensqualität und hohe Belastung der Angehörigen sowie weibliches Geschlecht. Eine hohe Belastung und geringe physische Lebensqualität erhöhen den inneren Druck der Angehörigen, nun effektiv etwas an ihrer Lebenssituation zu verbessern. Da die Analyse der Belastungen der Angehörigen in Abhängigkeit von ihrem Geschlecht nicht Ziel dieser Studie war, bleibt offen, ob weibliche Angehörigen höher belastet sind, und deshalb höheren Handlungsdruck haben. In der Literatur findet man bezüglich der Genderfrage kontroverse Ergebnisse (Berg & Woods, 2009; Kelly et al., 2007; Massod, Okazaki, Takeuchi, 2009; Rao, 2009; Wancata et al., 2008). Der Prädiktor gute Lebensqualität bezüglich der Umwelt zeigt, dass günstige Umgebungsfaktoren aktiv problemorientierte Copingstrategien fördern.

Die ermittelten Prädiktoren für die Anwendung der Krankheitsverarbeitungsstrategie *Ablenkung und Selbstaufbau* sind zum Teil schwer zu interpretieren. Einleuchtend ist, dass insbesondere Angehörige von nicht so schwer Erkrankten sowie Angehörige mit einem höheren Familieneinkommen (über 3.000 Euro) vermehrt Ablenkung und Selbstaufbau nützen. Angehörige von schwer Erkrankten können sich nicht so leicht von der Erkrankung ablenken oder in Selbstaufbau üben, da die Erkrankung infolge ihrer Schwere den gesamten Alltag der Angehörigen prägt (Angermeyer et al., 1997; Simon, 2000). Angehörigen mit geringerem Familieneinkommen fehlen die finanziellen Mittel für verschiedene Ablenkungen wie Theater-, Kinobesuche, Reisen und vieles mehr. Ebenso ist verständlich, dass insbesondere Angehörige, die mindestens einmal eine Angehörigengruppe besucht haben, vermehrt Ablenkung und Selbstaufbau ausüben, werden sie dazu in den Angehörigengruppen doch konkret ermuntert und angeleitet. Weniger eindeutig ist der Zusammenhang mit den Prädiktoren weibliches Geschlecht der Angehörigen, einer eher hohen Belastung infolge der Erkrankung, einer hohen Behandlungszufriedenheit sowie dass insbesondere diejenigen Angehörigen diese Verarbeitungsstrategie nützen, welche nicht Hausfrau/-mann oder in Rente sind. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf zur Klärung der Zusammenhänge.

Hinsichtlich der ermittelten Prädiktoren für die Bewältigungsform *Religiosität bzw. Sinnsuche* sind diejenigen Prädiktoren, welche sich auf die Situation der Angehörigen beziehen, relativ verständlich. Es sind: eher hohe Belastungen infolge der Erkrankung

haben, bereits mindestens einmal eine Angehörigengruppe besucht haben, sich einer kirchlichen Gruppe verbunden fühlen, eine eher bessere psychische Lebensqualität und hohe fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen haben. Die weiterhin ermittelten Prädiktoren eher schlechtes psychosoziales Funktionsniveau des Patienten bei der stationären Aufnahme und notwendige Fixierung des Patienten können nur indirekt über die damit angenommenen wiederum höheren Belastungen der Angehörigen interpretiert werden. Ist die Belastung der Angehörigen sehr hoch, wird die Sinnfrage häufiger gestellt und es wird vermehrt Halt in der Religion gesucht (Gröning, Kunstmann, Rensing & Röwekamp, 2004; Schmidtchen, 1973).

Die Prädiktoren für die Bewältigungsstrategie *Bagatellisierung und Wunschdenken* Familieneinkommen über 2.000 aber unter 3.000 Euro sowie insgesamt eine eher hohe Belastung infolge der Erkrankung zeigen jedoch, dass bei einer hohen Belastung auch stärker Verdrängung im Sinne von Wunschdenken sowie Bagatellisierung zur Krankheitsverarbeitung angewandt wird. Dies ist nur mit einer Überforderung der Angehörigen zu erklären, welche bei hoher Belastung ohne Unterstützung von außen keine funktionalen Bewältigungsstrategien mehr anwenden können. Der Hilfebedarf wird auch hier deutlich und verstehbar. Sieht ein Angehöriger keine Möglichkeit, seine vielfältigen Belastungen zu reduzieren, flüchtet er sich in Wunschdenken oder realitätsverzerrende bagatellisierende Gedanken. Dementsprechend berichten Angehörigen in psychoedukativen Angehörigen- und Selbsthilfegruppen nicht selten von Tagträumen, in denen sie sich ausmalen, wie ihr Leben ohne die Erkrankung ihres Familienmitgliedes weitergehen hätte können oder von ihrer Tendenz, belastende Aussagen von Ärzten über mögliche langwierige Behandlungsverläufe in der Therapie ihres Familienmitgliedes zu bagatellisieren.



### 5.10.2.2 Ergebnisse der clusteranalytischen Auswertung

Nach Auswertung der Clusteranalysen der Angehörigenstichprobe muss die Zehn-Cluster-Lösung für die Ermittlung von charakteristischen Untergruppen innerhalb der Angehörigengruppen favorisiert werden. Da in sechs der zehn Cluster jedoch nur sehr wenige oder einzelne Angehörige zusammengefasst werden, kann letztlich von vier Untergruppen der Angehörigen bezüglich der Ermittlung von Hoch-Risiko-Belasteten ausgegangen werden:

Cluster 1 umfasst mit 46 Angehörigen häufig Eltern von eher jüngeren mittelschwer bis schwer chronisch erkrankten ledigen Patienten mit sehr langer kumulierter Verweildauer. Die Angehörigen haben relativ häufig Gespräche mit den behandelnden Therapeuten geführt.

Cluster 4 fasst 21 Angehörige zusammen, welche meist eher älter und häufig Eltern oder Ehepartner von ausschließlich bipolar Erkrankten mit mittellanger kumulierter Verweildauer in der Klinik sind.

Cluster 6 wird von 55 Angehörigen gebildet, welche häufig Ehepartner von eher älteren Patienten sind, die mit ihren depressiven oder persönlichkeitsgestörten Patienten zusammenleben. Die Patienten sind verhältnismäßig weniger schwer, aber häufiger chronisch krank bei relativ kürzerer kumulierter Verweildauer.

In Cluster 9 sind schließlich 12 eher ältere Angehörige zusammengefasst, welche häufig Eltern sind, von eher jungen ledigen, ausschließlich persönlichkeitsgestörten Patienten mit eher nicht so schwerer Erkrankung, aber relativ häufigen Suizidversuchen.

Im Gegensatz zu den ermittelten Gruppen der Clusteranalysen der Patientenstichprobe fällt auf, dass die Diagnose der Erkrankten Einflussfaktor für die Gruppenbildung zumindest in den Clustern 4, 6 und 9 ist, welche jeweils Angehörige einer oder zweier Diagnosegruppen zusammenfassen. Weitere Differenzierungen erfolgen insbesondere durch das Alter der Angehörigen und ihre Beziehung zum Patienten (Eltern oder Ehepartner). Übereinstimmend mit der Clusterbildung in der Patientenstichprobe sind Schweregrad der Erkrankung und die Verweildauer in der Klinik wichtige Einflussfaktoren für die Gruppenbildung. Erstaunlich ist, dass weder das Geschlecht des Patienten noch des Angehörigen Einfluss auf die Gruppierung ausübt. Ebenso ist das Ausmaß des Kontaktes des Angehörigen zum Patienten (Wochenstunden) für die Gruppenbildung unerheblich.

### 5.10.2.3 Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle

In das ausführliche Modell der Angehörigenstichprobe wurden wie bei der Patientenstichprobe alle sinnvoll denkbaren Beziehungen der relevanten Outcome-Variablen aufgenommen. Im gekürzten Modell fielen jedoch die objektiven Parameter Schweregrad der Erkrankung und kumulierte Verweildauer sowie der subjektive Parameter external-fatalistische Kontrollüberzeugungen weg. Ausschließlich subjektive Parameter sagen die subjektiven Outcome-Variablen Belastung der Angehörigen (Selbsteinschätzung), globale Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit voraus. Dieses Ergebnis zeigt, dass Studien, welche ausschließlich soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen als Einflussfaktoren auf die Situation der Angehörigen untersuchen, zu kurz greifen. Während in diesen Studien meist das psychosoziale Funktionsniveau (Tang, Leung & Lam, 2008) oder die Symptomatik der Patienten der entscheidende Einflussfaktor auf das Befinden der Angehörigen ist (Perlick et al., 1999; Perlick et al., 2007; Roick, et al., 2007), zeigen die Ergebnisse des vorliegenden Strukturgleichungsmodells, dass subjektive Parameter die Situation der Angehörigen treffender kennzeichnen. Dieser Befund rechtfertigt auch den Einsatz von Fragebögen bezüglich der Erfassung der subjektiven Parameter Belastungsempfinden, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit. Nur mit ihnen können hoch belastete Angehörige, die besonderer Unterstützung zur Vermeidung von Folgeerkrankungen bedürfen, ermittelt werden.

Wie in der Patientenstichprobe die Patienten, so schätzen auch die *Angehörigen, welche stark depressiv verarbeiten*, sich selber als stark belastet infolge der Erkrankung ihres Familienmitgliedes ein. So haben depressive Verarbeitungsstile der Angehörigen einen signifikant negativen Einfluss auf ihre globale Lebensqualität. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit den Ergebnissen in der Übersichtsarbeit von van der Voort et al. (2007), welche ebenfalls den Zusammenhang zwischen Depressivität der Angehörigen und dem Ausmaß ihres Belastungsempfindens betont. Auch die 500 Angehörigen von psychisch Kranken in der Studie der STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group (Perlick et al., 2007) berichten von höheren Belastungen infolge der Erkrankung ihres Familienmitgliedes, wenn sie auch eigene depressive Symptome berichten. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem depressiven Verarbeitungsstil der Angehörigen und ihrer Behandlungszufriedenheit findet sich allerdings nicht. In der Bewertung des Behandlungserfolges gelingt Angehörigen demzufolge eine nicht depressiv gefärbte Sicht.

Ebenso konnten die vermuteten Zusammenhänge zwischen einem *aktiv problemorientierten Krankheitsverarbeitungsstil* und der Behandlungszufriedenheit der Angehörigen bzw. ihrer globalen Lebensqualität nicht in signifikanter Weise bestätigt werden. Da vergleichbare Studien fehlen, kann die Hypothese formuliert werden, dass der bevorzugte Copingstil der Angehörigen keinen Einfluss auf ihre Behandlungszufriedenheit hat. Diese Hypothese bedarf jedoch weiterer Überprüfung. Ein signifikant positiver Pfadkoeffizient liegt jedoch zwischen aktiv problemorientierten Krankheitsbewältigungsstrategien und dem globalen Belastungsempfinden der Angehörigen vor, was zunächst bezüglich der Richtung des Zusammenhangs verwundert. Eine Erklärung für diesen Zusammenhang kann die differenzierte Untersuchung von Webb et al. (1998) an allgemeinpsychiatrischen Patienten liefern, welche zunächst ebenfalls den Zusammenhang zwischen vermehrt aktiv problemorientierten Bewältigungsstrategien und höherem globalem Belastungsempfinden aufzeigt. Die Ergebnisse dieser Studie belegen jedoch weiter, dass problemorientierte Bewältigungsstrategien bei genauerer Analyse bevorzugt im Umgang mit Minussymptomatik des Patienten angewendet werden, während im Umgang mit Plussymptomatik die Angehörigen tendenziell keine aktiv problemorientierten Bewältigungsstrategien anwenden (können). Die Frage, ob für Angehörige die Plus- oder die Minussymptomatik des Erkrankten belastender ist, wird in der Forschungsliteratur bisher uneinheitlich beantwortet (Chakrabarti, Kulhara & Verma, 1992; Dore & Romans, 2001; Heru & Ryan, 2004). Entscheidend ist jedoch der Befund, dass im Umgang mit Plussymptomatik den Angehörigen offensichtlich eine aktiv problemorientierte Bewältigung schwerer fällt. Dies zeigt, dass Angehörige insbesondere im Umgang mit Erkrankten mit akuten manischen oder psychotischen Symptomen Unterstützung bedürfen.

Positive Pfadkoeffizienten liegen ferner zwischen der *Krankheitsverarbeitungsstrategie Religiosität und Sinnsuche* und dem globalen Belastungsempfinden der Angehörigen wie der globalen Lebensqualität vor, allerdings ohne signifikante Ausprägung. Barroso et al., (2009) konnten bei 150 Angehörigen psychisch Kranker zeigen, dass Religiosität das subjektive Belastungsempfinden der Angehörigen senkt. Entsprechend den Ergebnissen der Übersichtsarbeit von Klein und Albani (2007) zum Einfluss von Religiosität auf die Gesundheit und Lebensqualität von psychisch Kranken kann deshalb zumindest eine Tendenz formuliert werden, wonach es einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und Gesundheitsstatus bzw. Lebensqualität der Angehörigen gibt.

Hohe *internale Kontrollüberzeugungen* der Angehörigen haben einen negativen Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit. Hohe *external-soziale Kontrollüberzeugungen* stehen dagegen in Zusammenhang mit einer hohen Behandlungszufriedenheit. Die beiden letztgenannten Zusammenhänge finden sich so auch in der Patientenstichprobe. Wie bei den Patienten ist eine mögliche Erklärung für diesen Befund, dass Angehörige mit hohem Selbstwertgefühl (einem Kennzeichen von internalen Kontrollüberzeugungen) Behandlungserfolge eventuell vermehrt ihrer eigenen Person und -misserfolge vermehrt Helfern zuschreiben. Sie bewerten dementsprechend Verhalten und Therapie der professionellen Helfer entsprechend kritisch. Liegen dagegen hohe external-soziale Kontrollüberzeugungen vor, vertrauen die Angehörigen den professionellen Helfern und bewerten deren Handeln entsprechend positiver. Vergleichbare Ergebnisse anderer Studien zur Überprüfung dieser Interpretation fehlen bisher.

Der einzige Pfadkoeffizient innerhalb der abhängigen Variablen liegt zwischen der *Behandlungszufriedenheit* der Angehörigen und ihrem *globalem Belastungsempfinden* vor: Eine geringere Behandlungszufriedenheit der Angehörigen steht in signifikantem Zusammenhang mit einer höheren globalen Belastung der Angehörigen. Dieses Ergebnis zeigt noch einmal eindringlich die Bedeutung einer guten Behandlung/einer hohen Behandlungszufriedenheit für das subjektive Belastungsempfinden der Angehörigen. Da Ziel sein muss, Angehörige in ihren vielfältigen Belastungen möglichst zu entlasten, ist eine gute, erfolgreiche Behandlung des Patienten unter Berücksichtigung und mit Einbezug der Angehörigen unabdingbar.

## **5.11 Schlussfolgerungen für die Verbesserung der Qualität der Behandlung der Patienten und ihrer Angehörigen in der psychiatrischen Klinik**

### ***5.11.1 Bessere Aus- und Fortbildung der professionellen Helfer***

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung können nur dann Verbesserungen für die Situation der Patienten und Angehörigen bewirken, wenn sie den professionellen Helfern in den psychiatrischen Kliniken vermittelt und von diesen umgesetzt werden. Während die physiologischen Determinanten und Zusammenhänge des Menschen in den medizinischen Lehrbüchern ausführlich beschrieben werden, bleiben viele inzwischen gut belegte Einflussfaktoren auf die psychische Befindlichkeit von Patienten und/oder Angehörigen in der Aus- und Fortbildung von medizinischem Personal ungenannt. Dies ist um so bedauerlicher, da ohne Wissen über die psychischen Konstrukte Belastungsempfinden, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität und ihre Zusammenhänge die Grundlage für mögliche konkrete Verbesserungen der Situation der Patienten und ihrer Angehörigen in den psychiatrischen Kliniken fehlt. Erst durch die Entwicklung eines Bewusstseins für die Probleme der Patienten und Angehörigen und deren Zusammenhänge im Klinikalltag können professionelle Helfer motiviert werden, sich trotz ihrer bereits immensen Arbeitsbelastung für eine Verbesserung der Situation von Patienten und Angehörigen einzusetzen.

In Aus- und Weiterbildungs-Curricula sollte deshalb die *Vermittlung von Wissen über konkrete Belastungen der Patienten und Angehörigen in der stationären Behandlung* und ihre Wechselwirkungen insbesondere mit Krankheitsbewältigungsstrategien, Kontrollüberzeugungen und der Behandlungszufriedenheit als selbstverständlich berücksichtigt werden. Während die vielfältigen Belastungen der Patienten während bzw. infolge ihres stationären Aufenthaltes durch die vorliegende Arbeit nicht konkret analysiert wurden, zeigen die Ergebnisse der Arbeit insbesondere infolge der im Belastungsfragebogen aufgenommenen Rubrik „offene Worte“ eine Vielzahl an Belastungen der Angehörigen infolge der psychischen Erkrankung ihres Familienmitgliedes (vgl. Tab. 5.1). Da die emotionalen Belastungen von den Angehörigen aller vier untersuchten Diagnosegruppen am häufigsten genannt wurden, werden sie in Tabelle 5.2 nochmals differenziert aufgeführt.

Tabelle 5.1: Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker

<b>Belastungen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emotionale Belastungen</li> <li>• Gesundheitliche Belastungen</li> <li>• Zeitlicher Betreuungsaufwand</li> <li>• Finanzielle Belastungen</li> <li>• Berufliche Nachteile</li> <li>• Einschränkungen der Freizeitgestaltung</li> <li>• Vernachlässigung von / Einschränkungen in sozialen Beziehungen</li> <li>• Mangel an institutioneller Unterstützung</li> <li>• Belastungen durch wohnortferne stationäre Behandlung</li> </ul>

Tabelle 5.2: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker

<b>Emotionale Belastungen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ängste und Sorgen infolge mangelnder Informationen</li> <li>• Unsicherheit und Überforderung im Umgang mit den Symptomen der Erkrankung</li> <li>• Sorgen bezüglich der Art und Weise der Behandlung des Patienten</li> <li>• Hilflosigkeit und Ohnmacht</li> <li>• Einsamkeit und Alleinverantwortung</li> <li>• Nicht-Ernstgenommen-Werden</li> <li>• Zukunftsängste</li> <li>• Einschränkungen in der eigenen Autonomie und Abgrenzungsprobleme</li> <li>• Hoffnung und Enttäuschung infolge des „Auf und Ab“ im Erkrankungsverlauf</li> <li>• Verlusterleben und Trauer um ehemals wichtige Lebensziele, die infolge der Erkrankung des Familienmitgliedes nicht mehr erreicht werden können</li> <li>• Angst vor Rückfall und Suizid</li> <li>• Schamgefühle und Angst vor Stigmatisierung</li> <li>• Entmutigung durch professionelle Helfer</li> <li>• Schuldgefühle bzgl. der Genese der Erkrankung oder hinsichtlich von Fehlern im (täglichen) Umgang mit dem Erkrankten</li> <li>• Ärger, Wut und Enttäuschung</li> <li>• Unsicherheit in der Frage, ob der Erkrankte bestimmte Aufgaben tatsächlich selber nicht (mehr) kann, oder nur nicht will (mad or bad-Problematik)</li> <li>• Veränderte Rollen und Rollenkonflikte in Partnerschaft und Familie</li> <li>• Probleme in der gemeinsamen Sexualität</li> <li>• Angst vor eigener Erkrankung bzw. Vererbung an eigene Kinder</li> </ul>

Zur leichteren Einschätzung durch die professionellen Mitarbeiter, welche Angehörige hoch belastet sind und daher besonderer Unterstützung bedürfen, wurden in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe von regressionsanalytischen Verfahren und Pfadanalysen

Merkmale von hoch belasteten Angehörigen ermittelt. In Tabelle 5.3 sind diese Marker zusammengefasst.

Tabelle 5.3: Merkmale besonders hoch belasteter Angehöriger

Merkmale besonders hoch belasteter Angehöriger
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angehörige von chronisch Kranken mit den Diagnosen Schizophrenie, bipolar affektive Störung und Persönlichkeitsstörung,</li> <li>• Angehörige von chronisch depressiv Erkrankten, welche die gesetzliche Betreuung für den Erkrankten übernommen haben,</li> <li>• Angehörige von nicht chronisch Kranken, welche über 35 Wochenstunden in Kontakt mit dem Erkrankten leben,</li> <li>• Angehörige von nicht chronisch Kranken, welche weniger als 35 Wochenstunden in Kontakt mit dem Erkrankten leben und ein Familieneinkommen über 3.000 Euro haben,</li> <li>• Angehörige von Patienten mit Bedrohungen/Tätlichkeiten während des stationären Aufenthaltes,</li> <li>• Angehörige, welche bereits vermehrt aktiv problemorientierte Krankheitsbewältigungsstrategien und/oder vermehrt Religiosität und Sinnsuche zur Bewältigung der Erkrankung einsetzen,</li> <li>• Angehörige, welche eine geringe Behandlungszufriedenheit und/oder eine geringe psychische Lebensqualität haben.</li> </ul>

In den regressionsanalytischen Auswertungen bezüglich der zwei faktorenanalytisch ermittelten Belastungsfaktoren finden sich weitere Marker, welche jedoch abgesehen von den Korrelationsanalysen in den weiteren Analysen dieser Arbeit nicht bestätigt wurden und weiterer Überprüfung bedürfen. Es sind:

- ein bevorzugt depressiver Krankheitsverarbeitungsstil der Angehörigen,
- das Vorliegen einer bipolar affektiven Störung des Familienmitgliedes,
- Berufstätigkeit des Angehörigen in Vollzeit.

Die diagnosenspezifischen Auswertungen geben weitere Hinweise für hoch belastete Angehörige, welche in Tabelle 5.4 zusammengefasst wurden. In den Bereichen emotionale und institutionelle Belastungen sowie Einschränkungen in der Freizeit der Angehörigen infolge der psychischen Erkrankung des Familienmitgliedes weichen dagegen die Belastungsscores der Angehörigen in Abhängigkeit von der Diagnose des Erkrankten maximal zwei Zehntel voneinander ab. Dies zeigt, dass Angehörige unabhängig von der Art der psychischen Störung ihres Familienmitgliedes subjektiv vergleichbar starke Belastungen in diesen drei Bereichen haben und der Entlastung durch Unterstützung von außen bedürfen.

*Tabelle 5.4:* Hinweise für eine hohe Belastung/geringe Lebensqualität der Angehörigen in Abhängigkeit von der Art der psychischen Störung des Erkrankten

<b>Diagnose des erkrankten Familienmitgliedes</b>	<b>Hinweis auf hohe Belastung/geringe Lebensqualität des Angehörigen</b>
Schizophrenie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• besonders hohe eigene gesundheitliche Belastungen</li> </ul>
Bipolare Störung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• besonders hohe eigene gesundheitliche Belastungen</li> <li>• höchste Belastungswerte der Angehörigen im Belastungsglobalscore</li> <li>• höchste Belastungswerte im Bereich zeitliche Belastungen</li> <li>• finanzielle Aufwendungen für den Erkrankten von mehr als 500 Euro deutlich häufiger als bei den anderen Angehörigen der drei Diagnosegruppen</li> </ul>
Depression	<ul style="list-style-type: none"> <li>• durchschnittlich die höchsten beruflichen Belastungen infolge der Erkrankung des Familienmitgliedes</li> <li>• deutlich reduzierte Lebensqualität im Vergleich mit den Angehörigen der schizophren und bipolar affektiv Erkrankten</li> </ul>
Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• durchschnittlich die höchsten finanziellen Aufwendungen für den Erkrankten</li> <li>• durchschnittlich die geringste globale Lebensqualität sowie jeweils die geringste Lebensqualität in den vier Domänen des WHOQOL</li> </ul>

Neben diesen Markern für besonders hoch belastete Angehörige lassen sich aus den Daten der vorliegenden Studie sowohl Hinweise für nach Einschätzung der Angehörigen wirksame Möglichkeiten der Unterstützung ableiten, wie auch Hinweise auf Handlungsbedarf infolge einer hohen Unzufriedenheit. Diese, meist aus der inhaltsanalytischen Auswertung des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV) bzw. des Fragebogens zur Behandlungszufriedenheit (ZUF-8) abgeleiteten, besonders wirksamen oder erwünschten Unterstützungsmöglichkeiten der Angehörigen, sind in Tabelle 5.5 zusammengefasst. Einschränkend muss an dieser Stelle jedoch darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Angehörigen die Möglichkeiten nutzen, die Wirksamkeit der im FKV genannten Bewältigungsstrategien in ihrer Rangfolge zu bewerten bzw. die Rubrik „offene Wünsche“ im ZUF-8 auszufüllen: 80 % der Angehörigen benannten die für sie wirksamste Bewältigungsstrategie im FKV und 71 % der Angehörigen nutzten die Rubrik „offene Wünsche“ im ZUF-8.



*Tabelle 5.5:* Von den Angehörigen als besonders wirksam oder erwünscht beschriebene Unterstützungsmöglichkeiten

<b>Unterstützungsmöglichkeiten (Angehörige)</b>	
Besonders wirksam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen über die Erkrankung und Behandlung suchen</li> <li>• Aktive Anstrengung zur Lösung des Problems unternehmen</li> <li>• Vertrauen in die Ärzte setzen</li> </ul>
Besonders erwünscht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bessere Zusammenarbeit mit den Angehörigen</li> <li>• stärkerer Miteinbezug der Angehörigen in die Behandlung</li> <li>• bessere räumliche Ausstattung der Kliniken</li> </ul>

Auch wenn in der Forschung die Funktionalität der spezifischen Kontrollüberzeugungen und Krankheitsbewältigungsstrategien noch kontrovers diskutiert werden, sollen in der vorliegenden Studie mögliche Unterstützungsbedarfe für Angehörige hinsichtlich der Entwicklung von funktionalen Kontrollüberzeugungen bzw. Krankheitsbewältigungsstrategien in Tabelle 5.6 zusammengefasst werden. Während die Bedeutung von (negativen) Kognitionen/Kontrollüberzeugungen in der Therapie psychisch Kranker längst erkannt wurde (Beck, 1999; Beck, Hautzinger, Bröder & Stein, 2001; Erfurth, Döbmeier & Zechendorff, 2005; Schaub, Roth & Goldmann, 2006), sind entsprechende psychoedukative Programme für Angehörige noch längst nicht in allen Kliniken und bei allen relevanten Erkrankungen etabliert. Hinzu kommt, dass oft nur diagnoseübergreifende Angebote für Angehörige psychisch Kranker bestehen. Diese befähigen bzw. motivieren die Angehörigen jedoch leider häufig nicht zu adaptiveren Krankheitsbewältigungsstrategien und setzen negativen Kontrollüberzeugungen keine alternativen hilfreichen Gedanken entgegen. Dies ist umso bedauerlicher, da sehr gute Manuale und Beispiele zum Umgang mit negativen Gedanken, Kontrollüberzeugungen und adaptiven Bewältigungsstrategien in diagnosespezifischen Angehörigengruppen existieren (Bäumel & Pitschel-Walz, 2003; Pitschel-Walz et al., 2003).

*Tabelle 5.6:* Unterstützungsbedarf für Angehörige hinsichtlich der Entwicklung von funktionalen Kontrollüberzeugungen bzw. Krankheitsbewältigungsstrategien

<b>Dominierende Kontrollüberzeugung bzw. Krankheitsbewältigungsstrategie des Angehörigen in Abhängigkeit von der Art der psychischen Störung des Erkrankten</b>	<b>Unterstützungsbedarf</b>
<b>Schizophrenie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- höchste fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen</li> <li>- bevorzugt Bagatellisierung und Wunschdenken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warnung von blindem Vertrauen gegenüber (teuren) Wunderheilern</li> <li>• Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen und Selbstbewusstsein</li> <li>• Ermutigung zu Sozialkontakten</li> <li>• Vermeidung behutsam als dysfunktionalen Bewältigungsversuch „entlarven“</li> <li>• Unterstützung in der Ausbildung von funktionalen Bewältigungsstrategien (z. B. durch Problemlösetraining, psychoedukative Interventionen)</li> </ul>
<b>Bipolare Störung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- geringste sozial externe Kontrollüberzeugungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vertrauenbegründende, verlässliche Unterstützung durch professionelle Helfer</li> </ul>
<b>Depression</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- höchste fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warnung von blindem Vertrauen gegenüber (teuren) Wunderheilern</li> <li>• Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen und Selbstbewusstsein</li> <li>• Ermutigung zu Sozialkontakten</li> </ul>
<b>Persönlichkeitsstörung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- geringste sozial externe Kontrollüberzeugungen</li> <li>- bevorzugt depressive Krankheitsbewältigungsstrategien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vertrauenbegründende, verlässliche Unterstützung durch professionelle Helfer</li> <li>• Vermittlung von (realistischer) Hoffnung, kognitive Umstrukturierung, Unterstützung in der Erfahrung von Selbstwirksamkeit</li> </ul>

In den ermittelten Regressionsanalysen ist ferner ein signifikanter Zusammenhang zwischen stark depressiven Verarbeitungsstrategien der Angehörigen mit erhöhten Belastungen und einer reduzierten Lebensqualität der Angehörigen belegt. Dies zeigt nochmals eindringlich die hohe Relevanz, die eine Verminderung von depressiven Verarbeitungsstrategien der Angehörigen hinsichtlich der Verbesserung der Lebenssituation der Angehörigen hat. Hilfreich ist hier die Kenntnis der in der CART-Analyse ermittelten

Marker für depressive Verarbeitungsstrategien der Angehörigen, die in Tabelle 5.7 aufgelistet sind.

*Tabelle 5.7:* Marker für depressive Verarbeitungsstrategien der Angehörigen

Marker
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ersterkrankung des Patienten</li> <li>• Keine abgeschlossene Berufsausbildung des Patienten</li> <li>• Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit des Angehörigen sowie Tätigkeit als Hausmann/-frau</li> <li>• Familieneinkommen über 3.000 Euro (damit wird hohes berufliches Engagement vermutet, das wenig Zeit für Fürsorge um den Erkrankten lässt)</li> <li>• Fehlen von Unterstützung für den Angehörigen durch Dritte in der Fürsorge um den Patienten</li> </ul>

Da im gekürzten Strukturgleichungsmodell der Angehörigen innerhalb der abhängigen Variablen einzig der signifikante Pfad zwischen der Behandlungszufriedenheit der Angehörigen und ihrem globalem Belastungsempfinden erhalten geblieben ist, sind als wichtige Ansatzpunkte zur Reduktion der Belastungen der Angehörigen die möglicherweise beeinflussbaren Prädiktoren für eine hohe Behandlungszufriedenheit der Angehörigen abschließend in Tabelle 5.8 aufgelistet.

*Tabelle 5.8:* Prädiktoren für eine hohe Behandlungszufriedenheit der Angehörigen

Prädiktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• hohe Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt</li> <li>• hohe globale Lebensqualität</li> <li>• geringere Belastungen infolge der Erkrankung des Patienten</li> <li>• vermehrt aktiv problemorientiertes Coping</li> <li>• wenig Bagatellisierung und Wunschdenken als Krankheitsverarbeitungsstrategie</li> <li>• keine Bedrohungen oder Tötlichkeiten des Patienten während seines Aufenthaltes</li> </ul>

Die Beantwortung der Frage, wie die Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen der Patienten, ihre Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, Befindlichkeit unter Medikation sowie die untersuchten Parameter für die Schwere ihrer Erkrankung und Verweildauer in der Klinik die untersuchten Konzepte der Angehörigen beeinflussen, war nicht Ziel dieser Arbeit. Beschriebene Aufgabe der vorliegenden Arbeit ist es jedoch, Hinweise für qualitätsverbessernde Maßnahmen bezüglich der stationären Behandlung der Patienten abzuleiten. Da in der vorliegenden

Arbeit wiederholt die gute Behandlung der Patienten als Einflussfaktor auf die Lebenssituation der Angehörigen genannt wurde, ist ein Zusammenhang zwischen dem Befinden der Patienten und dem Befinden der Angehörigen selbstevident. Zusätzlich wurde in der Arbeit belegt, dass die Einschätzungen der Belastungen der Angehörigen durch die Patienten im Vergleich zu den Angehörigen nur in sehr wenigen Bereichen signifikant voneinander abweichen. Dies ist ein wichtiger Beleg, um die insbesondere in Angehörigengruppe immer wieder auftauchende Meinung zu entkräften, psychisch kranke Patienten würden die Belastungen der Angehörigen nicht erkennen und anerkennen. Hier besteht Informationsbedarf und -pflicht, um die Hilflosigkeit und Überforderung von angeblich egoistisch nur um sich kreisenden Patienten nicht falsch zu interpretieren. Dies würde auch zu einer Entspannung in der Patienten-Angehörigen-Beziehung beitragen.

Die Lebensqualität wird am geringsten von den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, gefolgt von den Patienten mit depressiven Störungen eingeschätzt. Deutlich höher schätzen erstaunlicherweise die schizophrenen und bipolar erkrankten Patienten ihre Lebensqualität ein. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass hier Anpassungsprozesse im Sinne des bereits beschriebenen Assimiliations-Akkommodations-Modells nach Piaget (1983) vorliegen können. In Tabelle 5.9 werden Prädiktoren für Patienten mit geringer Lebensqualität aufgezählt, in Tabelle 5.10 werden die aus den inhaltsanalytischen Auswertungen der Angaben der Patienten in den Fragebögen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) oder zur Behandlungszufriedenheit (ZUF-8) abgeleiteten, besonders wirksamen oder erwünschten Unterstützungsmöglichkeiten der Patienten zusammengefasst. Insbesondere letztere zeigen wiederum die hohe Relevanz einer guten vertrauensvollen Beziehung zwischen den Therapeuten und Patienten sowie die nicht zu überschätzende Bedeutung von möglichst früher, umfassender und verständlicher Information über die Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten und ggf. ihre Nebenwirkungen sowie Rehabilitationsmöglichkeiten. Dass bereits an dritter Stelle von den Patienten „Trost im religiösen Glauben suchen“ als besonders wirksame Bewältigungsstrategie genannt wurde, unterstreicht die Bedeutung der Ergebnisse des Strukturgleichungsmodells der Patiententischprobe, das jeweils positive Zusammenhänge zwischen Religiosität und Sinnsuche und Behandlungszufriedenheit sowie globaler Lebensqualität belegt. Diese Ergebnisse sollten Anlass sein, die häufig stark vernachlässigte Zusammenarbeit mit Seelsorgern der großen Konfessionen in den psychiatrischen Kliniken fest zu etablieren. Patienten und Angehörige müssen die Möglichkeit haben, in ihrer Sinnsuche und Krank-

heitsbewältigung seelsorgliche Begleitung zu nutzen. Dazu müssen religiöse Angebote wie regelmäßige Gottesdienste und Meditationen vor Ort in der Klinik ebenso etabliert sein wie die Möglichkeit zum Empfang besonderer Sakramente (Kommunion, Krankensalbung, Beichte), welche die Betroffenen entlasten und neue Hoffnung vermitteln. Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei auf die Auswahl der Seelsorger verwendet werden, die die verantwortungsvolle Aufgabe der Krankenhausseelsorge übernehmen. Professionelle Helfer in der Begleitung psychisch Kranker müssen zum einen ein Basiswissen über psychiatrische Grunderkrankungen und ihre Symptome (z. B. religiöser Wahn) haben, zum anderen müssen sie von einer „Theologie der Befreiung“ geprägt sein, welche den Erkrankten Hoffnung und Zuversicht vermittelt und von der verzeihenden Liebe Gottes kündigt. Seelsorger mit übersteigertem Sühne- und Sündeverständnis sollten nicht in der Krankenhausseelsorge eingesetzt werden.

Tabelle 5.9: Prädiktoren für eine hohe Lebensqualität der Patienten

<b>Prädiktoren</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungszufriedenheit</li> <li>• Physisches Wohlbefinden</li> <li>• Soziale Integration</li> <li>• Zufriedenheit mit dem Leben</li> <li>• Erkennen positiver Veränderungen infolge der Erkrankung</li> </ul>

Tabelle 5.10: Von den Patienten als besonders wirksam oder erwünscht beschriebene Unterstützungsmöglichkeiten

<b>Unterstützungsmöglichkeiten (Patienten)</b>	
Besonders wirksam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertrauen in die Ärzte setzen</li> <li>• Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen</li> <li>• Trost im religiösen Glauben suchen</li> </ul>
Besonders erwünscht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bessere räumliche Ausstattung der Kliniken</li> <li>• freundliche, kooperierende Haltung der Ärzte und des Pflegepersonals gegenüber den Patienten</li> <li>• mehr Zeit für Gespräche mit dem Patienten</li> <li>• weniger Belastungen durch Mitpatienten/mehr Privatsphäre</li> </ul>

Aus der vorliegenden Studie lassen sich konkrete Unterstützungsbedarfe der Patienten hinsichtlich ihrer Kontrollüberzeugungen bzw. Krankheitsbewältigungsstrategien in Abhängigkeit von ihrer psychischen Störung ableiten (vgl. Tab. 5.11).

*Tabelle 5.11:* Unterstützungsbedarf für Patienten hinsichtlich der Entwicklung von funktionalen Kontrollüberzeugungen bzw. Krankheitsbewältigungsstrategien

<b>Dominierende Kontrollüberzeugung bzw. Krankheitsbewältigungsstrategie des Patienten in Abhängigkeit von der Art der psychischen Störung</b>	<b>Unterstützungsbedarf</b>
<b>Schizophrenie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- höchste fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warnung vor blindem Vertrauen gegenüber (teuren) Wunderheilern, Sekten oder übertriebenen religiösen Praktiken</li> <li>• Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen und Selbstbewusstsein</li> <li>• Ermutigung zu Sozialkontakten</li> </ul>
<b>Depression</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- geringste interne Kontrollüberzeugungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung von Selbstüberzeugung und Selbstwirksamkeit</li> <li>• behutsame Aufdeckung von (vorschnellen) Zuschreibungen von Einfluss über ihre Erkrankung/ihren Erkrankungsverlauf an Helfer in ihrem Umfeld (Familie, professionelle Mitarbeiter)</li> <li>• Warnung vor blindem Vertrauen gegenüber (teuren) Wunderheilern</li> </ul>
<b>Persönlichkeitsstörung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- geringste sozial externe Kontrollüberzeugungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vertrauenbegründende, verlässliche Unterstützung durch professionelle Helfer</li> <li>• Ermutigung zu Sozialkontakten</li> </ul>

In den ermittelten Regressionsanalysen ist ferner ein Zusammenhang zwischen starken depressiven Bewältigungsstrategien und einer hoch eingeschätzten Belastung der Angehörigen durch die Patienten belegt, welcher sich auch im Strukturgleichungsmodell in signifikanter Weise abbildet. Dieser Zusammenhang muss von dem behandelnden Therapeuten erkannt und mit Hilfe der Techniken der kognitiven Umstrukturierung aufgelöst werden. Der Patient muss angeleitet werden zu erkennen, dass er durch diese dysfunktionalen Gedanken seine Krankheitsbewältigung verhindert und somit den Ballast der Angehörigen eher noch verstärkt. Die Therapeuten sind gefordert bezüglich einer sorgsamsten Anamnese, inwieweit diese Gefühle des „Ballast-Seins“ den Patienten derart belasten, dass suizidale Gedanken oder sogar konkrete Suizidvorhaben Folge dieser Zusammenhänge sind.

Abschließend sollen auch für die Stichprobe der Patienten die ermittelten Prädiktoren bzw. Zusammenhänge nach dem Strukturgleichungsmodell hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit der Patienten in einer Übersicht zusammengefasst und diskutiert werden (vgl. Tab. 5.12). Während die Ergebnisse der Regressionsanalyse mit den Ergebnissen der Pfadanalyse hinsichtlich der Ausprägung der fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugungen leider nicht kongruent sind, sind die anderen signifikanten Prädiktoren inhaltlich sinnvoll und zeigen zielgerichteten Handlungsbedarf auf. Da die Domäne „Soziale Beziehungen“ des WHOQOL die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen, dem Sexualleben und der Unterstützung durch Freunde erfasst, wird durch dieses Ergebnis die hohe Bedeutung der persönlichen Beziehungen für die Behandlungszufriedenheit deutlich. Dies kann möglicherweise dadurch bedingt sein, dass der Patient eher dann mit seiner Behandlung zufrieden ist, wenn Sozialkontakte bestehen, die den Erkrankten in seiner Behandlungcompliance bestärken und die Art seiner Behandlung befürworten und gut heißen. Die abgefragte Lebensqualität bezüglich der Umwelt erfasst insbesondere Aspekte der guten Erreichbarkeit von medizinischen Diensten und der Möglichkeit, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen, sowie Fragen bezüglich der Erfüllung der Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Information und ausreichenden finanziellen Mitteln. Hier wird die Bedeutung eines niederschweligen Zugangs zu den Gesundheitsdiensten hinsichtlich einer guten Behandlungszufriedenheit der Patienten deutlich. Die geringe psychische Lebensqualität ist eventuell Hinweis auf einen hohen Leidensdruck der Patienten, so dass bereits kleine Verbesserungen in der Erkrankung als Behandlungsfortschritt bewertet werden. Dass eine gesetzliche Betreuung bei Aufnahme die Behandlungszufriedenheit der meisten Patienten schmälert, ist einleuchtend, da sich diese Patienten ihrer Autonomie bezüglich einer selbstbestimmten Behandlung beraubt fühlen. Eine gesetzliche Betreuung für den Erkrankten sollte deshalb – auch unter diesem Aspekt – nicht vorschnell und nur nach sorgfältiger Anamnese der aktuellen Psychopathologie unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufes erfolgen.

*Tabelle 5.12:* Prädiktoren für und Zusammenhänge mit hohe/r Behandlungszufriedenheit der Patienten

Prädiktoren und Zusammenhänge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• hohe Lebensqualität bezüglich sozialer Beziehungen</li> <li>• hohe Lebensqualität bezüglich der Umwelt</li> <li>• geringe psychische Lebensqualität</li> <li>• hohe sozial-externale und hohe fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen,</li> <li>• keine gesetzliche Betreuung bei stationärer Aufnahme</li> <li>• hohe globale Lebensqualität (nur Tendenz)</li> <li>• geringe internale Kontrollüberzeugungen (nur Tendenz)</li> <li>• geringe kumulierte Verweildauer in der Klinik (nur Tendenz)</li> <li>• vermehrte Anwendung der Krankheitsbewältigungsstrategie Religiosität und Sinnsuche (nur Tendenz)</li> </ul>



### 5.11.2 Möglichkeiten der Unterstützung von Patienten und ihren Angehörigen

Neben der Vermittlung von Wissen über die Probleme der Patienten und ihrer Angehörigen im stationären Alltag und deren Wechselwirkungen müssen auch Möglichkeiten zur Umsetzung dieses Wissen in der Zusammenarbeit mit den psychisch Kranken und Angehörigen bekannt sein. Weiterhin müssen notwendige Strukturen und Einrichtungen geschaffen werden, um konkrete Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort in den psychiatrischen Kliniken etablieren zu können. Grundlegend für die weitere Unterstützung der Patienten und Angehörigen in ihrer Krankheitsbewältigung ist die frühzeitige, umfassende und in verständlicher Sprache formulierte Information über die Erkrankung, deren mögliche Verläufe, Behandlungsmöglichkeiten und Möglichkeiten der Rehabilitation. Während Patienten noch eher eine Aufklärung über ihre Erkrankung erhalten, beklagen die Angehörigen ihre defizitäre Information über die Erkrankung, so dass in Tabelle 5.13 die wichtigsten Informationen für Angehörigen in Form einer Checkliste zusammengestellt sind.

*Tabelle 5.13:* Checkliste zur Information von Angehörigen psychisch Kranker (erweitert nach Schmid, Cording & Spießl, 2007)

<b>Wichtige Informationen für Angehörige</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptome und Ursachen der Erkrankung</li> <li>• Pharmakologische und psychotherapeutische Möglichkeiten der Behandlung der Erkrankung einschließlich eventuell auftretender Nebenwirkungen und Möglichkeiten zur Milderung dieser Nebenwirkungen</li> <li>• Tipps zum Umgang mit dem Erkrankten (insbesondere auch in Krisenzeiten) und zur bestmöglichen Unterstützung des Erkrankten in der Behandlung</li> <li>• Konkrete Ansprechpartner in Krisen</li> <li>• Stationsregeln und zuständige Örtlichkeiten auf der behandelnden Station</li> <li>• Frühwarnzeichen der Erkrankung</li> <li>• (Wohnortnahe) Institutionen des psychiatrischen Versorgungssystems</li> <li>• Psychoedukative Gruppen und/oder Selbsthilfegruppe für Angehörige</li> <li>• Kenntnis über die Interessensvertretung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) und der Landesverbände vor Ort</li> <li>• Rechtliche und finanzielle Fragestellungen und Möglichkeiten</li> <li>• (Wohnortnahe) Möglichkeiten der Rehabilitation</li> <li>• Offene (Freizeit-)Angebote und Selbsthilfegruppen für den Erkrankten</li> <li>• Risiken einer eigenen Erkrankung der Angehörigen bzw. Vererbung der Erkrankung</li> </ul>

Da eine umfassende Information der Angehörigen relativ viele personelle Ressourcen bindet, sind in Tabelle 5.14 auch Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Angehörigen in Gruppen dargestellt. Die Wirksamkeit von manualisierten Psychoedukationsprogrammen bezüglich der Verbesserung von krankheitsbezogenem Wissen der Patienten (Bäumel, Kissling & Pitschel-Walz, 1996a; Canive et al., 1993; Kreiner, Baranyi, Stepan & Rothenhäusler, 2009; Weber-Rouget & Aubry, 2007) bzw. Angehörigen (Anderson et al., 1986; Beardslee, et al, 1997; Brent, Polling, Kain & Baugher, 1993; Gent & Zwart, 1991; Riebschleger, Tableman, Rudder, Onaga & Whalen, 2009; Weber-Rouget & Aubry, 2007) wurde bereits vielfach nachgewiesen, und Psychoedukation ist als evidenzbasierte Therapieform anerkannt (Falloon, 2003). Psychoedukative Interventionen haben aber nachweislich auch positive Auswirkungen auf die Angehörigen hinsichtlich einer

- Steigerung der Behandlungsbereitschaft und Compliance der Patienten (Bäumel et al., 1996a; Carrá, Montomoli, Clerici & Cazzullo, 2007; Clarkin, Carpenter, Hull, Wilner & Glick, 1998; Jacob, Frank, Kupfer, Cornes & Carpenter, 1987; Kreiner et al., 2009),
- Reduktion der Rückfallrate der Patienten (Miklowitz & Goldstein, 1997; Miklowitz et al., 2000; Motlova et al., 2006; Rea, Goldstein, Tompson & Miklowitz, 1998; Weber-Rouget & Aubry, 2007),
- Verkürzung der stationären Behandlungstage (Bäumel, Pitschel-Walz, Kissling, 1996b; Motlova et al., 2006),
- Steigerung der Lebensqualität (Atkinson, Coia, Gilmour & Harper, 1996; Zastowny, Lehman, Cole, & Kane, 1992),
- Steigerung der Behandlungszufriedenheit (Anderson et al., 1986; Kulhara et al., 2009; Merinder, Viuff & Laugesen, 1999; Schaub 2002),
- Verbesserung von Kommunikation und Problemlöseverhaltens in der Familie (Simoneau, Miklowitz, Richards, Saleem & George, 1999),
- Verbesserung der Krankheitsbewältigungsstrategien (Riebschläger et al., 2009; Sibitz, Amering, Gössler, Unger & Katschnig, 2007) und
- Reduktion von Belastung und Stress der Angehörigen (Brown & Lewinsohn, 1984; Gutiérrez-Maldonado & Caqueo-Úrizar, 2007; Lewis et al., 2009).

Für neuere, in Tabelle 5.13 ebenfalls genannte Möglichkeiten der Information fehlen häufig noch die Wirksamkeitsnachweise. In der Praxis haben sich jedoch z. B. Angehörigeninformationstage (Rothbauer, Spießl & Schön, 2001), Angehörigenvisiten

(Fähndrich, Kempf, Kieser & Schütze, 2001; Ostermann & Hollander, 1996) sowie Angehörigenbriefe (Schmid, Schielein, Jakob & Spießl, 2008) bewährt.

*Tabelle 5.14:* Möglichkeiten der Information von Angehörigen bzw. Therapeuten und Formen der Angehörigenselbsthilfe (modifiziert nach Schmid et al., 2007)

<b>Möglichkeiten der Information von Angehörigen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelgespräche mit Angehörigen (und Patienten)</li> <li>• Psychoedukative Familienarbeit</li> <li>• Psychoedukative Angehörigengruppen</li> <li>• Angehörigeninformationstage</li> <li>• Angehörigenvisiten</li> <li>• Angehörigenbriefe</li> <li>• „Trialogische“ Treffen</li> <li>• Parteiliche Spezialsprechstunden</li> <li>• Selbsthilfegruppen von Angehörigen</li> <li>• Angehörigen-Beiräte / Angehörigen-Gesamtvertretungen</li> <li>• Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK)</li> </ul>

Möglichkeiten zur weiteren unmittelbaren und mittelbaren Entlastung der Angehörigen sowie Förderung der Entwicklung von funktionalen Krankheitsbewältigungsstrategien und Kontrollüberzeugungen sind in den Tabellen 5.15 und 5.16 dargestellt. Wichtig ist, dass sich die Kontrollüberzeugungen und Krankheitsbewältigungsstrategien der Angehörigen nicht nur durch Reflexion der eigenen Überzeugungen und Bewältigungsversuche in Verbindung mit einer gezielten Anleitung zu funktionelleren Bewältigungsstrategien und Problemlösestrategien z. B. in psychoedukativen Gruppen verändern, sondern auch durch Modell-Lernen und durch die Art des alltäglichen Umgangs mit den Angehörigen in der psychiatrischen Klinik.

*Tabelle 5.15:* Unmittelbare Entlastungen für die Angehörigen (modifiziert und erweitert nach Schmid et al., 2003)

<b>Unmittelbare Entlastungen für Angehörige</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respektvoller und anteilnehmender Umgang mit den Angehörigen</li> <li>• Ernstnehmen und Einbeziehung des Wissens/der Anliegen der Angehörigen</li> <li>• Mitbeteiligung und Berücksichtigung der individuellen Belastungen der Angehörigen bei Therapieentscheidungen</li> <li>• Vermehrter Kontakt zwischen Therapeuten und Angehörigen</li> <li>• Gespräche mit dem therapeutischen Team zur besseren Kooperation</li> <li>• Ansprechpartner in der Klinik für persönliche Probleme des Angehörigen</li> <li>• Beständigkeit des therapeutischen Personals</li> <li>• Vermittlung eines Krankheitsverständnisses</li> <li>• Verminderung von Scham-, Schuld- und Versagensgefühlen</li> <li>• Angebote zum Gespräch über religiöse Fragen</li> <li>• Durchbrechen der Isolation des Angehörigen und Krisenbegleitung</li> <li>• Training in der Gesprächsführung zur Verbesserung der Kommunikation</li> <li>• Motivierung zur offenen Kommunikation mit dem Patienten</li> <li>• Vermittlung von Strategien zum offenen Umgang mit der Erkrankung</li> <li>• Klärung der wechselseitigen Erwartungen von Patient und Angehörigen</li> <li>• Individuelle Hilfe bei Rollenkonflikten innerhalb der Familie</li> <li>• Unterstützung des Angehörigen bei Abgrenzungsproblemen gegenüber dem Patienten</li> <li>• Empathie für Ängste, Trauer und Verlusterleben der Angehörigen und Unterstützung in der Annahme ihres Schicksals</li> <li>• Vermittlung von (realistischer) Hoffnung und Zuversicht</li> <li>• Einübung spezifischer Fertigkeiten (Coping-Mechanismen)</li> <li>• Einführung einer Psychoedukation für Angehörige zulasten der Krankenkassen</li> <li>• Unterstützung durch Seelsorger der Konfession des Angehörigen und Etablierung religiöser Angebote (Gottesdienste, Krankensalbung, Beichte)</li> <li>• Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst</li> <li>• Allgemeine Gesundheitsprogramme für Angehörige</li> <li>• Mehr Hilfen zur Selbsthilfe (auch durch Merkblätter, Bücher und Filme)</li> <li>• Austausch mit anderen Betroffenen in Angehörigengruppen</li> <li>• Einrichtung von Notfalldiensten, z.B. mobile Krisendienste von 0-24 Uhr</li> <li>• Rasche Unterstützung durch die Klinik</li> <li>• Hausbesuche</li> <li>• Förderung eines Bewusstseins für die eigene Psychohygiene der Angehörigen</li> </ul>

Tabelle 5.16: Mittelbare Entlastungen für die Angehörigen (modifiziert und erweitert nach Schmid et al., 2003)

<b>Mittelbare Entlastungen für Angehörige</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlastung durch Aufnahme des Erkrankten in die Klinik</li> <li>• Keine verfrühte oder hinausgezögerte Entlassung des Erkrankten</li> <li>• Wohnortnähe und günstige Verkehrsanbindung der Einrichtung</li> <li>• Gute räumliche Gestaltung der Einrichtung</li> <li>• Ausreichende personelle Ausstattung der Einrichtung</li> <li>• Angenehme Besuchsatmosphäre (ungestörter Kontakt mit Angehörigen)</li> <li>• Günstige Besuchsregelungen</li> <li>• Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige</li> <li>• Mehr Informationen für den Erkrankten</li> <li>• Mehr Einzelpsychotherapie für den Erkrankten</li> <li>• Förderung eines Bewusstseins der verbliebenen Fähigkeiten des Patienten sowie der persönlichen Grenzen von Patient und Angehörigen</li> <li>• Mehr Zeit des therapeutischen Teams für den Erkrankten (Bezugspflege)</li> <li>• Anamnese der religiösen Überzeugungen des Erkrankten und Signalisierung von Offenheit für Gespräche über religiöse Fragen und Sinnsuche</li> <li>• Ggf. Motivierung zu adaptiven religiösen Praktiken bzw. Bestärkung in hilfreichen religiösen Überzeugungen des Erkrankten</li> <li>• Angebote für Gespräche mit Seelsorgern für den Erkrankten</li> <li>• Mehr Ausgang und Außenkontakte des Erkrankten</li> <li>• Mehr Laienhelfer</li> <li>• Mehr Freizeitangebote</li> <li>• Urlaub für den Erkrankten</li> <li>• Betreuungsmöglichkeiten während eines Urlaubs der Angehörigen</li> <li>• Verbesserte Nachbetreuung des Erkrankten</li> <li>• Einrichtung von Tagesstätten, Heimplätzen und Patientenclubs</li> <li>• Schaffung von betreuten Wohnmöglichkeiten und Langzeitwohnheimen</li> <li>• Schaffung wohnortnaher Rehabilitationsplätze und Probearbeitsplätze</li> <li>• Schaffung von Arbeitsplätzen für psychisch Kranke</li> <li>• Berufliche Förderung des psychisch Kranken</li> <li>• Aufklärung der Bevölkerung gegen Stigmatisierung und Diskriminierung</li> <li>• Gleichstellung der psychisch Kranken mit den somatisch Kranken</li> <li>• Anerkennung einer Pflegestufe bei psychischer Erkrankung</li> </ul>

Der begrenzende Faktor bei der Umsetzung der nachfolgend aufgeführten Möglichkeiten zur Entlastung der Patienten und Angehörigen sind i. d. R. die stets knappen finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems, insbesondere die knappen personellen Ressourcen. Während für die Arzt-Patient-Kommunikation in allgemeininternistischen Abteilungen vier Minuten und für die Arzt-Angehörigen-Kommunikation eine Minute pro Tag gemessen wurden (Häuser & Schwebius, 1999), sind in der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) (Kunze & Kaltenbach, 1994) in der Regelbehandlung

(A1) psychisch Kranker zehn Minuten pro Patient und Woche für Angehörigengespräche vorgesehen. Dies entspricht bei einem vierwöchigen Aufenthalt eines Patienten einem Angehörigengespräch von 40 Minuten. Allein die Fremdanamnese und Abfrage behandlungsrelevanter Beobachtungen der Angehörigen benötigt Zeit, so dass für die Information der Angehörigen sowie das Eingehen auf ihre Belastungen innerhalb von 40 Minuten kaum mehr ausreichend Zeit vorhanden sein kann. Hinzu kommt, dass angesichts der anhaltenden Budgetkürzungen, Stellenstreichungen sowie Unterbesetzungen in den Kliniken infolge des Ärztemangels und des stetig wachsenden Zeitbedarfs der Therapeuten für Administration und Dokumentation (Putzhammer et al., 2006) die Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung in vielen Kliniken der Akutversorgung nicht mehr gewährleistet ist. Da eine Lösung dieses Problems nicht in Sicht ist, sollte die immense Leistung, die unsere Angehörigen von psychisch Kranken zur Entlastung unseres Gesundheitssystems beitragen, mehr ins Bewusstsein der Entscheidungsträger in Politik und Öffentlichkeit kommen und schon heute bei den professionellen Mitarbeitern in den Kliniken einen respektvollen Umgang mit den Angehörigen psychisch Kranker fördern.

### **5.11.3 Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Resilienzforschung**

Entsprechend der Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung wurden die Belastungen und Probleme der Patienten und Angehörigen und ihre Unterstützungsbedarfe ausführlich diskutiert. Es entsteht ein Bild des informations- und hilfebedürftigen Patienten und Angehörigen, das angesichts der vielfältigen und häufig stark das Leben der Betroffenen verändernden Folgen einer psychischen Erkrankung auch nachvollziehbar und stimmig ist. Bei diesem Bild stehen zu bleiben würde jedoch weder den Patienten noch den Angehörigen gerecht werden. Patienten wie Angehörige haben i. d. R. auch gute Selbstregulationsmechanismen und ein breites Repertoire, mit den Belastungen der Erkrankung umzugehen. Dementsprechend wenden die Patienten und Angehörigen der vorliegenden Untersuchung auch vorrangig adaptive Krankheitsbewältigungsstrategien an. Auch der Umstand, dass fast 40 % der Angehörigen dieser Untersuchung angeben, keinerlei Unterstützung durch Dritte in der Fürsorge für den Erkrankten zu erfahren, zeigt, dass die befragten Angehörigen die Belastungen infolge der Fürsorge für den Erkrankten alleine tragen. Dies kann auch als ein Zeichen von Stärke interpretiert werden. Ferner bejahten fast 40 % der Angehörigen und über 45 % der Patienten die Frage im Belastungsfragebogen (FBA), ob es infolge der Erkrankung auch positive Veränderungen in ihrem Leben gegeben habe, und nennen dabei jeweils am häufigsten die Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Perspektive, dass eine psychische Erkrankung nicht nur Leid und Belastung sondern die eigene Persönlichkeit und Lebensphilosophie auch in positiver Weise beeinflussen kann, wird in den letzten Jahren insbesondere hinsichtlich der Angehörigen immer mehr erkannt (McDermott, Valentine, Anderson, Gallup & Thompson, 1997; Schmid, 2007; Schmid, Sterzinger, Koepke, Cording & Spiessl, 2007, 2008; Schmid, Sterzinger & Spießl, 2008; Schwarz & Gidron, 2002; O'Connor, 1999) und von den Betroffenen wie professionellen Helfern als Ressource wertgeschätzt und funktionell in die Krankheitsbewältigung einbezogen (Grant, Ramcharan, McGrath, Nolan & Keady, 1998; Pakenham, Chiu, Bursnall & Cannon, 2007). Diese Hinweise auf die adaptiven Krankheitsbewältigungsstrategien und die eventuell auch gegebenen positiven Veränderungen im Leben der Patienten und Angehörigen sollen nicht das Ausmaß des Leids infolge der Erkrankung verharmlosen oder relativieren, sondern das Bild der bedürftigen Angehörigen um das der „starken Angehörigen“ erweitern, welche infolge von Notwendigkeiten besondere Fähigkeiten entwickelt haben und kompetent, engagiert und einfühlsam ihr erkranktes Familienmitglied

unterstützen. Aufgabe der professionellen Helfer ist deshalb auch, diese Ressourcen der Angehörigen zu erkennen und zu stärken. Wie dies praktisch umsetzbar ist, wird in der Resilienzforschung untersucht und ist auch Grundlage für die Bemühungen der Empowerment-Bewegung. Fasst man die Definitionen verschiedener Autoren zusammen, so wird heute unter *Resilienz* die Fähigkeit verstanden, auf die Anforderungen wechselnder Situationen flexibel und mit Widerstandskraft zu reagieren, auch anspannende, erschöpfende, enttäuschende oder sonst schwierige Lebenssituationen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009; Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2008). Unter dem Begriff *Empowerment*, der sich mit Selbstbefähigung oder Selbstermächtigung übersetzen lässt, werden Strategien und Maßnahmen zusammengefasst, die geeignet sind, die Lebenssouveränität auf der Ebene der Alltagsbeziehungen wie auch auf der Ebene der politischen Teilhabe (wieder-) herzustellen (Herriger, 2006; Knuf, 2006). Beide Konzepte finden langsam auch in der Behandlung von psychisch Kranken (Corrigan, 2002; Linhorst, Hamilton, Young & Eckert, 2002; Rapp, Shera & Kisthardt, 1993) und im Umgang mit ihren Angehörigen (Rapp et al., 1993; Lefley & Marsh, 1996) breitere Beachtung

Durch besseres Wissen der professionellen Mitarbeiter über die komplexen Zusammenhänge im Leben der Betroffenen sowie durch bessere Wissensvermittlung an die Patienten und Angehörigen die Resilienz der Patienten und Angehörigen zu stärken und Patienten wie Angehörige im Sinne von Empowerment zu einem möglichst selbstbestimmten Leben zu befähigen, dazu möchte die vorliegende Arbeit anregen und beitragen.



## 5.12 Weiterer Forschungsbedarf

Ogleich die in der vorliegenden Arbeit verwendete Literatur zahlreich ist, fehlen zur Interpretation der Daten in vielen Bereichen vergleichbare Arbeiten hinsichtlich der komplexen Zusammenhänge der Situation der psychisch Kranken und ihren Angehörigen.

Vergleichbare Studien bezüglich der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit fehlen insbesondere hinsichtlich

- der Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität und ggf. Befindlichkeit unter Medikation von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen,
- der Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von Angehörigen im Allgemeinen sowie differenziert nach der Art der psychischen Störung des Familienmitgliedes,
- des Zusammenhangs zwischen den Belastungen, dem (depressiven) Befinden der Angehörigen und den Krankheitsbewältigungsstrategien der Patienten mit psychischen Störungen,
- der wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Belastungen der Angehörigen, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität und ggf. Befindlichkeit unter Medikation bei Patienten wie bei Angehörigen im Allgemeinen sowie differenziert nach der Art der psychischen Störung des Familienmitgliedes. Ebenso fehlen Studien, welche diese subjektiven Konzepte mit den objektiven Outcome-Variablen Schweregrad der Erkrankung, psychosoziales Funktionsniveau sowie stationäre Verweildauer in Beziehung setzen.

In methodischer Hinsicht fehlen ferner gänzlich Längsschnittstudien hinsichtlich der Konzepte Belastungsempfinden, Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von Patienten mit psychischen Störungen und ihren Angehörigen. Ferner soll noch einmal betont werden, dass auf eine bessere Stichprobenhomogenität bezüglich der Art der psychischen Störungen geachtet werden sollte, um den gefundenen Unterschieden zwischen den Diagnosegruppen besser gerecht zu werden.

Die untersuchten Diagnosegruppen sollten zusätzlich um die Gruppe der Suchtkranken (ICD-10: F10-19) und Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen

Störungen (ICD-10: F40-49) und ihre Angehörigen erweitert werden. Grundlegende Forschungsarbeiten finden sich derzeit am häufigsten im Bereich der Demenzen (ICD-10: F00-03), aber auch hier überwiegen Untersuchungen zu Teilbereichen der in dieser Arbeit analysierten Konzepte. Integrative Arbeiten, welche die wechselseitigen Bedingungen der untersuchten Konzepte analysieren, fehlen auch hier.

Ebenfalls interessant wäre die spezifische Auswertung der Daten in Abhängigkeit von der Art der Beziehung des Angehörigen zum Erkrankten, da inzwischen gut belegt ist, dass sich z. B. die Belastungen infolge der Erkrankung von Ehepartnern (Fadden et al., 1987a; Jungbauer, 2002), Kindern (Östman & Hansen, 2002; Schmid, Helmbrecht & Lukesch, 2009), Eltern (Jungbauer, Wittmund, Dietrich & Angermeyer, 2003; Lefley, 1987) und Geschwistern (Greenberg, Kim, Greenley, 1997; Schmid, Schielein & Spießl, 2008) sowohl in Art wie in Ausmaß zum Teil beträchtlich unterscheiden.

Letztlich war die Auswahl der untersuchten Konzepte dieser Arbeit begrenzt durch den vorgegeben Rahmen einer Dissertation. Inhaltlich sinnvoll wäre jedoch die Ergänzung der untersuchten Konzepte um die Erhebung

- vorhandener Resilienzfaktoren der Kranken wie ihrer Angehörigen,
- von Wechselwirkungen zwischen Belastungserleben der Angehörigen *und* Patienten und der Wahrnehmung auch positiver Veränderungen infolge der Erkrankung,
- von Zusammenhängen der untersuchten Konstrukte mit dem Konzept der „Expressed Emotions“ sowie um die Erhebung
- der Auswirkungen von verschiedenen Therapieformen auf das Belastungserleben, die Kontrollüberzeugungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität und Belastungserleben sowie auf die Zusammenhänge mit den objektiven Outcome-Variablen Schweregrad der Erkrankung, Verweildauer und Kosten der Behandlung.

Auch wenn die Analyse von einzelnen subjektiven Outcome-Variablen jeglicher Diagnosesubgruppe weiterhin wertvoll ist, so ermöglicht doch erst die Analyse der wechselseitigen Zusammenhänge zwischen den aufgezählten Konzepten eine integrative Gesamtanalyse, welche der besonderen Situation unserer psychisch Kranken und ihrer Angehörigen gerecht werden kann.

## 6. ZUSAMMENFASSUNG

Die wechselseitigen Bedingungen der Konzepte „Belastungen der Angehörigen“, „Kontrollüberzeugungen“, „Krankheitsbewältigungsstrategien“, „Behandlungszufriedenheit“, „Lebensqualität“ mit den objektiven Outcome-Variablen „Schweregrad der Erkrankung“, „Psychosoziales Funktionsniveau“ und „(kumulierte) Verweildauer in der Klinik“ wurden anhand einer Fragebogenbatterie und mit Hilfe des BADO-Datenpools an einer Stichprobe von 328 Patienten mit psychischen Störungen und 145 ihrer Angehörigen untersucht. Dazu wurden zunächst an 11 Stichtagen in Abstand von jeweils zwei Wochen alle schizophrenen Patienten (ICD-10: F20) und unipolar depressiv erkrankten Patienten (ICD-10: F32/33) der 11 allgemeinspsychiatrischen Stationen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirksklinikum Regensburg aufgesucht und um ihre Teilnahme sowie um ihre Einwilligung zur Zusendung der Fragebogenbatterie an ihren nächsten Familienangehörigen gebeten. Ebenfalls im Zwei-Wochen-Abstand wurden dann in 36 Datenerhebungen alle bipolar affektiv erkrankten Patienten (ICD-10: F31) und persönlichkeitsgestörten Patienten (ICD-10: F60/61) aufgesucht und entsprechend um ihre Teilnahme gebeten. Die Gesamtstichprobe umfasste 816 Patienten von denen 684 bezüglich ihrer eigenen Teilnahme wie bezüglich ihrer Einwilligung zur Befragung ihres nächsten Angehörigen befragt werden konnten. 328 Patienten sagten ihre Teilnahme zu und füllten die Fragebogenbatterie auch aus. 292 Patienten willigten in die Befragung ihres Angehörigen ein, 263 Angehörige konnten postalisch erreicht werden und 145 Angehörige sandten den ausgefüllten Fragebogen zurück. Dies entspricht einer Responserate bezogen auf die Zahl der Patienten bzw. Angehörigen, die einen Fragebogen erhalten hatten, von 48.0 % hinsichtlich der Patienten und 55.1 % hinsichtlich der Angehörigen. In der Auswertung der Fragebögen dominieren bezüglich der Art der psychischen Störungen in der Patientenstichprobe die schizophren (n = 117) und depressiv Erkrankten (n = 84) gegenüber den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (n = 65) und den bipolar Erkrankten (n = 62), auch in der Angehörigenstichprobe überwiegen die Angehörigen der depressiv (n = 50) und schizophren (n = 46) Erkrankten gegenüber der Zahl der Angehörigen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (n = 25) und Angehörigen von bipolar Erkrankten (n = 24).

Die Belastungen der Angehörigen infolge der psychischen Erkrankung ihres Familienmitgliedes sind vielfältig und zahlreich. Die ermittelten Reliabilitätsmaße (interne Konsistenzen) für die Belastungsskala liegen bei Cronbachs Alpha .84 hinsichtlich der

Patientenstichprobe und bei Cronbachs Alpha .74 in der Angehörigenstichprobe. Die Faktorenanalysen ergaben sowohl für die Patienten- wie für die Angehörigenstichprobe jeweils eine zweifaktorielle Lösung, jedoch fassen die Faktoren jeweils unterschiedliche Belastungen zusammen. Die Einschätzungen der Patienten bezüglich der Belastungen der Angehörigen weichen erstaunlich selten von den Einschätzungen ihrer Angehörigen ab. Bezüglich der Kontrollüberzeugungen verfügen die Patienten der Gesamtstichprobe sowohl über höhere sozial-externale als auch über höhere fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen als die Angehörigen. In der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe unterscheiden sich jedoch die Kontrollüberzeugungen der unipolar depressiv und bipolar affektiv erkrankten Patienten nicht von ihren Angehörigen. Zur Krankheitsbewältigung greifen die Patienten der Gesamtstichprobe stärker auf depressive Verarbeitungsstrategien, Ablenkung und Selbstaufbau sowie Bagatellisierung und Wunschdenken als die Angehörigen zurück, während die Angehörigen vermehrt aktives problemorientiertes Coping nützen. Dies bestätigt sich auch im Vergleich der Patienten-Angehörigen-Paare. Hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit sind insbesondere die unipolar depressiven und persönlichkeitsgestörten Patienten signifikant zufriedener mit ihrer Behandlung als ihre Angehörigen, während sich die schizophrenen und bipolar affektiv Erkrankten nicht von ihren Angehörigen in ihrer Behandlungszufriedenheit unterscheiden. Die Analyse der Lebensqualität zeigt eine signifikant höhere Lebensqualität der Angehörigen im Vergleich zu den Patienten in allen fünf untersuchten Subskalen sowohl in der Gesamtstichprobe wie in der Analyse der Patienten-Angehörigen-Paar-Stichprobe.

Um den wechselseitigen Bedingungen zwischen den untersuchten Konzepten gerecht zu werden, wurden ferner Korrelationen, multiple lineare Regressionsanalysen (Rückwärts-Verfahren), Regressionsbäume (CART-Analysen) sowie Clusteranalysen berechnet. Die Komplexität der Zusammenhänge zwischen den erhobenen Konzepten wurde abschließend sowohl für die Patienten- wie für die Angehörigen-Stichprobe in einem ausführlichen und einem gekürzten Strukturgleichungsmodell zu erfassen versucht, wobei auch soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen mit berücksichtigt wurden.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse werden konkrete Möglichkeiten der Information der Patienten und Angehörigen sowie weitere Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebenssituation der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen vorgestellt.

## 7. LITERATURVERZEICHNIS

- Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.) (1991). *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Adewuja, A. O. & Makanjuola, R. O. (2009). Subjective quality of life of Nigerian schizophrenia patients: Sociodemographic and clinical correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 160-164.
- Anderson, C. M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D. P. & Treiber, R. (1986). A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. *Family Process*, 25, 185-205.
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (2000). Neuroleptika und Lebensqualität. Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Psychiatrische Praxis*, 27, 64-68.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. & Holzinger, A. (1997). Die Belastungen von Angehörigen chronisch psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 24, 215-220.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenetic perspective: Towards a new view of health and illness. *Advances*, 4, 47-55.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and the properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Atkinson, J. M., Coia, D. A., Gilmour, W. H. & Harper, J. P. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168, 199-204.
- Atkisson, C. C. & Zwick, R. (1983). The Client Satisfaction Questionnaire. Psychometric Properties and Correlations with Service Utilization and Psychotherapy Outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.
- Awad, A. G. & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomics*, 26, 149-162.
- Bandelow, B., Müller, P., Frick, U., Gaebel, W., Linden, M., Müller-Spahn, F. et al. (1992). Depressive syndromes in schizophrenic patients under neuroleptic therapy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 141, 291-295.
- Bandelow, B., Müller, P., Gaebel, W., Köpcke, W., Linden, M., Müller-Spahn, F. et al. (1990). Depressive syndromes in schizophrenic patients after discharge from hospital. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 140, 113-120.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood: Prentice Hall.

- Barak, Y., Szor, R., Kimhi, R., Kam, E., Mester, R. & Elizur, A. (2001). Survey of patient satisfaction in adult psychiatric outpatient clinics. *European Psychiatry*, 16, 131-133.
- Barnes, T. R., Curson, D. A., Liddle, P. F. & Patel, M. (1989). The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 154, 486-491.
- Baronet, A. M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19, 819-841.
- Barroso, S. M., Bandeira, M. & do Nascimento, E. (2009). [Predictors of subjective burden for families of psychiatric patients treated in the public health care system in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brasil]. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1957-1968.
- Bäumel, J., Kissling, W. & Pitschel-Walz, G. (1996a). Psychoedukative Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluss auf Wissenstand und Compliance. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie. *Nervenheilkunde*, 15, 145-150.
- Bäumel, J. & Pitschel-Walz, G. (Hrsg.). (2003). Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Basan, A. & Kissling, W. (1999). Psychoedukative Gruppen bei Angehörigen von schizophrenen Patienten: Erwartungen und Einstellungen von Angehörigen im Vergleich zu professionellen Helfern. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie. In P. Hartwich & B. Pflug (Hrsg.), *Schizophrenien. Wege der Behandlung* (S. 131-175). Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis.
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G. & Kissling, W. (1996b). Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen für Patienten und Angehörige. In A. Stark (Hrsg.), *Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten* (S. 217-255). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Beardslee, W. R., Salt, P., Versage, E. M., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J. & Rothberg, P. C. (1997). Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *American Journal of Psychiatry*, 154, 510-515.
- Beck, A. T., Hautzinger, M., Brönder, G. & Stein, B. (2001). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Beck, J. S. (1999). *Praxis der Kognitiven Therapie*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Becker, M. & Diamond, R. (1997). New developments in quality of life measurement in schizophrenia. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Hrsg.), *Quality of life in mental disorders* (S. 119-133), Chichester: John Wiley & Sons.
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbe-finden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. (S. 13-50). Weinheim: Juventa-Verlag.

- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Beurs, E. de, Geerling, S. W. & Tilburg, W. van (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: A longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 20-27.
- Bellebaum, A. (Hrsg.) (1992). *Glück und Zufriedenheit. Ein Symposium*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Beneken, D., Tellings, A., Gelissen, J., Garretsen, H. & Bongers, I. (2008). Ranked motives of long-term care providing family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 29-39.
- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G. et al. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 53, 83-93.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 67-77.
- Bentsen, H., Munkvold, O. G., Notland, T. H., Boye, B., Lersbryggen, A. B., Oskarsson, K. H. et al. (1997). Relatives' locus of control and expressed emotion in schizophrenia and related psychoses. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 555-567.
- Berg, J. A. & Woods, N. F. (2009). Global woman's health: A spotlight on caregiving. *Nursing Clinics of North America*, 44, 375-384.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B. & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787.
- Berlim, M. T., McGirr, A. & Fleck, M. P. (2008). Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? *Psychiatric Research*, 30, 364-371.
- Betensky, J., Robinson, D., Gunduz-Bruce, H., Sevy, S., Lencz, T., Kane, J. et al. (2008). Patterns of stress in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 160, 38-46.
- Bhatia, S., Tucker, V. & Kapoor, G. (2003). Assessment of burden experienced by caregivers of patients suffering from schizophrenia. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 19, 77-88.
- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387-395.
- Blaeser-Kiel, G. (2006). Subjektives Wohlbefinden als äquivalentes Erfolgskriterium. *Nervenheilkunde*, 1-2, 2-4.

- Blenkiron, P. & Hammill, C. A. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgraduate Medical Journal*, 79, 337-340.
- Borras, L., Mohr, S., Brandt, P.-Y., Gillieron, C., Eytan, A. & Huguelet, P. (2007). Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1238-1246.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer-Verlag.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R. & Zeithaml, V.A. (1993). A dynamic process model of service quality: From expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30, 7-27.
- Bradburn, N. & Caplovitz, D. (1965). *Reports of happiness*. Chicago: Aldine.
- Brähler, E. & Strauß, B. (Hrsg.) (2002). *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Brand, J. (1982). Kontrollerwartung, Ursachenattribution und psychische Störungen. Die Bedeutung des Konstrukts „locus of control“ für die klinische Psychologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 11, 155-176.
- Breiman, L., Friedman, J. H., Ohlson, R. A. & Stone, C. J. (1984). *Classification and regression trees*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Brent, D. A., Poling, K., McKain, B. & Baugher, M. (1993). A psychoeducational program for families of affectively ill children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 770-774.
- Brezo, J., Paris, J. & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 180-206.
- Brown, R. A. & Lewinsohn, P. M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 774-783.
- Bruggemann, A., Groskurth, A. P. & Ulich, E. U. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Budd, R. J., Oles, G. & Hughes, I. C. T. (1998). The relationship between coping style and burden in the carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 304-309.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Verlag Pearson Studium.
- Bullinger, M. (1991). Quality of life – Definition, conceptualization and implications: A methodologists view. *Theoretical surgery*, 6, 143-148.



- Bullinger, M. (1996). Lebensqualität – ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In H.-J. Möller, R. R. Engel & P. Hoff (Hrsg), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen* (S. 13-30). Wien: Springer-Verlag.
- Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 47, 76-91.
- Bullinger, M. (2002). „Und wie geht es Ihnen?“ – Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In E. Brähler & B. Strauß (Hrsg.), *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. & Steinbüchel, N. von (1993). Der Fragebogen Alltagsleben: Ein Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 121-132.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegriest, J. (2000). *Lebensqualitätsforschung auf medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Canive, J. M., Sanz-Fuentenebro, J., Tuason, V. B., Vázquez, C., Schrader, R. M., Alberdi, J. & Fuentenebro, F. (1993). Psychoeducation in Spain. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 679-681.
- Capdevielle, D., Boulenger, J. P., Villebrun, D. & Ritchie, K. (2008). Schizophrenic patients' length of stay: Mental health care implication and medicoeconomic consequences. *Encephale*, 35, 394-399.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J. & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 84. Verfügbar unter <http://www.hglo.com/content/7/1/84>
- Carrá, G., Montomoli, C., Clerici, M. & Cazzullo, C. L. (2007). Family intervention for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 23-30.
- Cash, T. F. & Stack, J. J. (1973). Locus of control among schizophrenics and other hospitalized psychiatric patients. *Genetic Psychology Monographs*, 87, 105-122.
- Cechnicki, A., Wojciechowska, A. & Valdez, M. (2007). [Social network and quality of life of people suffering from schizophrenia in seven years from first hospitalisation]. *Psychiatria Polska*, 41, 527-537.
- Chadda, R. K., Singh, T. B. & Ganguly, K.K. (2007). Caregiver burden and coping: A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 923-930.
- Chakrabarti, S. & Gill, S. (2002). Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: A preliminary study. *Bipolar Disorders*, 4, 50-60.

- Chakrabarti, S., Kulhara, P. & Verma, S. K. (1992). Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 247-252.
- Chakrabarti, S., Raj, L., Kulhara, P. (1995). Comparison of the extent and pattern of family burden in affective disorders and schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 37, 105-112.
- Chee, K. Y. (2009). Outcome study of first-episode schizophrenia in a developing country: Quality of life and antipsychotics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 143-150.
- Chessick, C. A., Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Allen, M. H., Morris, C. D. et al. (2007). Current suicide ideation and prior suicide attempts of bipolar patients as influences on caregiver burden. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 482-491.
- Christensen, M. V. & Kessing, L. V. (2005). Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 20. Zugriff am 20.12.2009. Verfügbar unter: <http://www.cpementalhealth.com/content/1/1/20>
- Clark, E. (1994). Family costs associated with severe mental illness and substance use. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 808-813.
- Clarkin, J. F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, P. & Glick, I. (1998). Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services*, 49, 531-533.
- Colovic, O., Lecic-Tosevski, D., Mandic, V. & Toskovic, O. (2009). The impact of stress related disorders on quality of life. *Psychiatric Danub*, 21, 199-205.
- Conley, R., Ascher-Svaum, H., Zhu, B., Farie, D. & Kinon, B. (2007). The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90, 186-197.
- Cording, C. (1995a). Basisdokumentation und Ergebnisqualität. In W. Gaebel (Hrsg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 173-181). Wien: Springer-Verlag.
- Cording, C. (1995b). Qualitätssicherung mit der Basisdokumentation. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 169-183). Stuttgart: Enke-Verlag.
- Cording, C., Gaebel, W., Spengler, A., Stieglitz, R. D., Geiselhart, H., John, U. et al. (1995). Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung des DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 24, 3-41.
- Corrigan, P. W. (2002). Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73, 217-228.

- Corring, D. J. (2002). Quality of life: perspectives of people with mental illnesses and family members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 350-358.
- Cousineau, N., McDowell, I., Hotz, S. & Hebert, P. (2003). Measuring chronic patients' feelings of being a burden to the caregivers: Development and preliminary validation of a scale. *Medical Care*, 41, 110-118.
- Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, E. (2007). Socio-demographic conditions, subjective somatic health, Axis I disorders and personality disorders in the common population: the relationship to quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 21, 552-567.
- Creer, C. & Wing, J. K. (1989). Der Alltag mit schizophrenen Patienten. In H. Katschnig (Hrsg.), *Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause* (S. 97-180). München: Verlag Urban & Schwarzenberg.
- Danaher, P. J. & Mattson, J. (1994). Customer satisfaction during the service delivery system. *European Journal of Marketing*, 28, 5-16.
- De Haan, L., Weisfelt, M., Dingemans, A. J., Linszen, D. H. & Wouters, L. (2002). Psychometric properties of the Subjective Well-Being under Neuroleptics scale and the Subjective Deficit Syndrome Scale. *Psychopharmacology*, 162, 24-28.
- Dias, V. V., Brissos, S., Frey, B. N. & Kapczinski, F. (2008). Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 110, 75-83.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. neu bearbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Dimitriou, P., Anthony, D. & Dyson, S. (2009). Quality of life for patients with schizophrenia living in the community in Greece. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 16, 546-552.
- Donohoe, G., Donnel, C. O., Owens, N. & O'Callaghan, E. (2004). Evidence that health attributions and symptom severity predict insight in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 635-637.
- Donohoe, G., Owens, N., O'Donnell, C., Burke, T., Moore, L., Tobin, A. et al. (2001). Predictors of compliance with antipsychotic medication among inpatients with schizophrenia: A discriminant function analysis. *European Psychiatry*, 16, 293-298.
- Dore, G. & Romans, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*, 67, 147-158.
- Dörner, K., Egetmeyer, A. & Koennig, K. (Hrsg.). (1997). *Freispruch der Familie. Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei-sprechen*. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Drukker, M. van, Dillen, K., Bak, M., Mengelers, R., Os, J. van & Delespaul, P. (2008). The use of the Camberwell Assessment of Need in treatment: What unmet needs can be met? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 410-417.

- Duke, M. P. & Mullens, M. C. (1973). Preferred interpersonal distance as a function of locus of control orientation in chronic schizophrenics, non-schizophrenic patients, and normals. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 41, 230-234.
- Eack, S. M. & Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1225-1237.
- Eklund, M. (2007). Perceived control: how is it related to the daily occupation in patients with mental illness living in the community. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61, 535-542.
- Eklund M. & Ostman, M. (2009), Belonging and doing: important factors for satisfaction with sexual relations as perceived by people with persistent mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, im Druck.
- Erfurth, A., Dobmeier, M. & Zechendorff, M. (2005). *Kurzpsychoedukation für Bipolare Patienten. Das einfache Kurzprogramm in 6 Modulen*. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987a). Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 660-667.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987b). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 284-292.
- Fähndrich, E., Kempf, M., Kieser, C. & Schütze, S. (2001). Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Allgemeinkrankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 28, 115-117.
- Falloon, I. R. N. (2003). Family interventions for mental disorders: Efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2, 20-28.
- Fan, C. C. & Chen, Y. Y. (2009). Factors associated with care burden and quality of life among caregivers of the mentally ill in Chinese society. *International Journal of Social Psychiatry*, im Druck.
- Fan, X., Henderson, D. C., Chiang, E., Briggs, L. B., Freudenreich, O., Evins, A. E. et al. (2007). Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94, 119-127.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Fischer, E. P., Shumway, M. & Owen, R. R. (2002). Priorities of consumers, providers and family members in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 53, 724-729.
- Fischer, M., Kemmler, G. & Meise, U. (2004). „Schön, dass sich auch einmal jemand für mich interessiert.“ Eine Erhebung der Lebensqualität von Angehörigen langfristig an Schizophrenie Erkrankter. *Psychiatrische Praxis*, 31, 60-67.
- Fleischmann, H. & Klupp, A. (2004). Zur Lebensqualität der Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 31, 114-116.

- Foldemo, A., Gullberg, M., Ek, A.-C. & Bogren, L. (2005). Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 133-138.
- Foon, A. E. (1987). Review: Locus of control as a predictor of outcome of psychotherapy. *British Journal of Medical Psychiatry*, 60, 99-107.
- Fortune, D. G., Smith, J. V. & Garvey, K. (2005). Perceptions of psychosis, coping, appraisals, and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: An exploration using self-regulation theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 319-331.
- Franz, M. (2005). Die Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern – eine Herausforderung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. *Kind Jugend Gesellschaft – Zeitschrift für Jugendschutz*, 3, 82-86.
- Franz, M., Lis, S., Plüddemann, K. & Gallhofer, B. (1997). Conventional versus atypical neuroleptics: Subjective quality of life in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 170, 422-425.
- Franz, M., Meyer, T. & Gallhofer, B. (2002). Predictors of health-related distress in family caregivers. *European Psychiatry*, 17, 176.
- Friedman-Yakoobian, M. S., Mamani, A. W. de & Mueser, K. T. (2009). Predictors of distress and hope in relatives of individuals with schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46, 130-140.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2009). *Resilienz*. Reihe: UTB Profile. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fujino, N. & Okamura, H. (2009). Factors affecting sense of burden felt by family members caring for patients with mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23, 128-137.
- Gaebel, W. (Hrsg.) (1995). *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Wien: Springer-Verlag.
- Gaebel, W. & Awad, A. G. (Hrsg.) (1994). *Prediction of neuroleptic treatment outcome in schizophrenia concepts and methods*. Berlin: Springer-Verlag.
- Gaebel, W., Schneider, F. & Janssen, B. (2000). *Qualitätsoptimierung klinischer Schizophreniebehandlung. Ergebnisse und Empfehlungen zur externen Qualitätssicherung*. Darmstadt: Steinkopff-Verlag.
- Gasque-Carter, K. O. & Curlee, M. B. (1999). The educational need of families of mentally ill adults. The South Carolina Experience. *Psychiatric Services*, 50, 520-524.
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Andreazza, A. C., Frey, B. N., Kauer-Sant'Anna, M., Weyne, F. et al. (2007). Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. *Psychiatric Research*, 30, 33-38.
- Gent, E. M. van & Zwart, F. M. (1991). Psychoeducation of partner of bipolar-manic patients. *Journal of Affective Disorders*, 21, 15-18.

- Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A. & Morosini, P. (2002). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *European Psychiatry*, 17, 139-147.
- Gill, T. M. & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of life instruments. *JAMA*, 272, 619-626.
- Glatzer, W. (1992). Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. In A. Bellebaum (Hrsg.), *Glück und Zufriedenheit. Ein Symposium* (S. 49-85). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Goodman, S. H., Cooley, E. L., Sewell, D. R. & Leavitt, N. (1994). Locus of control and self-esteem in depressed, low-income African-American women. *Community Mental Health Journal*, 30, 259-269.
- Górna, K., Jaracz, K., Rybakowski, F. & Rybakowski, J. (2008). Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland: A longitudinal study. *Quality of life research*, 17, 237-247.
- Gotlieb, J. B., Grewal, D. & Brown, S. W. (1994). Consumer satisfaction and perceived quality: Complementary or divergent constructs? *Journal of Applied Psychology*, 79, 875-885.
- Grant, G., Ramcharan, P., McGrath, M., Nolan, M. & Keady, J. (1998). Rewards and gratifications among the family caregivers: Towards a refined model of caring and coping. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 58-71.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.
- Greenberg, J. S., Kim, H. W. & Greenley, J. R. (1997). Factors associated with subjective burden in siblings of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 231-241.
- Greenberg, J. S., Kraig, D., Knudsen, M. S. W. & Aschbrenner, K. A. (2006). Prosocial family processes and the quality of life of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 1771-1777.
- Greenwood, N., Key, A., Burns, T., Bristow, M. & Sedgwick, P. (1999). Satisfaction with in-patient psychiatric services: Relationship to patient and treatment factors. *British Journal of Psychiatry*, 174, 159-163.
- Grella, C. E. & Grusky, O. (1989). Families of the seriously mentally ill and their satisfaction with services. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 831-835.
- Gröning, K., Kunstmann, A.-Ch., Rensing, E. & Röwekamp, B. (Hrsg.). (2004). *Pflege-geschichten: Pflegende Angehörige schildern ihre Erfahrungen*. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Günther, O. H., Friemel, S., Bernert, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C. & König, H.-H. (2007). Die Krankheitslast von depressiven Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse aus dem Projekt European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd). *Psychiatrische Praxis*, 34, 292-301.

- Gutiérrez-Maldonado, J. & Caquero-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16, 739-747.
- Guy, W. & Bonato, R. R. (Hrsg.) (1970). *Handbuch für die ECDEU Assessment Battery*. Maryland: Rockville Chevy Chase.
- Haan, L. de, Kramer, L., Raay, B. van, Weir, M., Gardner, J., Akselson, S. et al. (2002). Priorities and satisfaction on the help needed and provided in a first episode of psychosis. A survey in five European Family Associations. *European Psychiatry*, 17, 425-433.
- Hackney, C. H., Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 43-55.
- Haley, C. J., Drake, R. J., Bentall, R. P. & Lewis, S. W. (2003). Health beliefs link to duration of untreated psychosis and attitudes to later treatment in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 311-316.
- Hannöver, W., Dogs, C. P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg. *Psychotherapeut*, 45, 292-300.
- Hansson, I., Björkman, T. & Berglund, I. (1993). What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Quality Assurance in Health Care*, 5, 41-47.
- Hardt, J., Petrak, F., Tiber Egle, U., Kappis, B., Schulz, G. & Küstner, E. (2003). Was misst der FKV? Eine Überprüfung des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 41-50.
- Harrow, M. & Ferrante, A. (1969). Locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 582-589.
- Harrow, M., Hansford, B. G. & Astrachan-Fletcher, E. B. (2009). Locus of control: Relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis – A 15-year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 168, 186-192.
- Harrow, M., Hansford, B. G. & Astrachan-Fletcher, E. B. (2009). Locus of control: Relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis – A 15-year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 168, 186-192.
- Hartwich, P. & Pflug, B. (Hrsg.) (1999). *Schizophrenien. Wege der Behandlung*. Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis.
- Hasenbring, M. (1990). Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Copingkonzept. In F. A. Muthny (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung - Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse* (S. 78-87). Berlin: Springer-Verlag.
- Hasenbring, M. (1998). Krankheitsverarbeitung bei Krebs. In H. Kächele & W. Steffens (Hrsg.), *Bewältigung und Abwehr* (S. 106-131). Berlin: Springer-Verlag.

- Haug, H. J., Meya, U., Stieglitz, R. D., Ermer, A., Nather, J. & Schüssler, G. (1990). Erhaltene Kompetenzen bei psychisch Kranken. *Therapiewoche Neurologie Psychiatrie Schweiz*, 1, 162-171.
- Haug, H.-J. & Stieglitz, R.-D. (Hrsg.) (1995). *Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke-Verlag.
- Häuser, W. & Schwebius, P. (1999). Vier Minuten pro Patient, eine Minute pro Angehörigen. Arzt-Patient-Angehörigen-Kommunikation in allgemeininternistischen Abteilungen. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 49, 168-170.
- Heim, E. (1986). Die Krankheitsbewältigung. In E. Heim & J. Willi (Hrsg.), *Psychosoziale Medizin*, Bd. 2 (S. 363-390). Berlin: Springer-Verlag.
- Heim, E. (1988). Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes und ungeeignetes Coping? *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 38, 8-18.
- Hellerstein, D. J., Seirmarco, G., Almeida, G. & Batchelder, S. (2008). Assessing behavioral coping preferences of psychiatric inpatients: A pilot study. *Medscape Journal of Medicine*, 10, 271.
- Helmbrecht M. J., Lukesch H. & Schmid R. (2009). „Vielfach belastet und alleingelassen“ – Belastungen und positive Veränderungen durch die affektive Erkrankung eines Elternteils im Leben erwachsener Kinder. *Nervenarzt*, P-049-004.
- Herriger, N. (2006). *Empowerment in der sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.
- Herrman, H., Hawthorne, H. & Thomas, R. (2002). Quality of life assessment in people living with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 510-518.
- Harrow, M. & Ferrante, A. (1969). Locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 582-589.
- Hertling, I., Philipp, M., Dvorak, A., Glaser, T., Mast, O., Beneke, M., et al. (2003). Flupenthixol versus Risperidone: Subjective quality of life as an important factor for compliance in chronic schizophrenic patients. *Neuropsychobiology*, 47, 37-46.
- Heru, A. M. & Ryan, C. E. (2004). Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 83, 221-225.
- Hoenig, J. & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165-176.
- Hoenig, J. & Hamilton, M. W. (1969). *The desegregation of the mentally ill*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Hofer, A., Kemmler, G., Eder, U., Edlinger, M., Hummer, M. & Fleischhacker, W. W. (2004). Quality of life in schizophrenia: The impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 932-939.



- Hofer, A., Kemmler, G., Eder, U., Honeder, M., Hummer, M. & Fleischhacker, W. W. (2002). Attitudes toward antipsychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 49-53.
- Holley, J. M. (1998). Expressed emotion and locus of control. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 374-378.
- Huber, D., Albrecht, C., Hautum, A., Henrich, G. & Klug, G. (2009). Effectiveness of inpatient psychodynamic psychotherapy: A follow-up study. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 189-199.
- Huber, S. (1983). *Zum psychologischen Konstrukt der „Zufriedenheit“ – Messansätze und Modellanalysen*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Mannheim.
- Hübner-Liebermann, B., Hajak, G. & Spießl, H. (2008). Versorgungsepidemiologie: Entwicklung in der stationär-psychiatrischen Versorgung 1996-2006. *Psychiatrische Praxis*, 35, 387-391.
- Hübner-Liebermann, B., Spiessl, H., Iwai, K. & Cording, C. (2005). Treatment of schizophrenia: Implications derived from an intercultural hospital comparison between Germany and Japan. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 83-96.
- Hübner-Liebermann, B., Spießl, H., Spindler, P. & Cording, C. (2000). Verbesserte Erfassung des Behandlungsprozesses mit einer modifizierten BADO. *Krankenhauspsychiatrie*, 11, 102-104.
- Hurrelmann, K. (2004). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim. Juventa-Verlag.
- Hwang, S. S., Lee, J. Y., Cho, S. J., Lee, D. W., Kim, Y. S. & Jung, H. Y. (2009). The model of the relationships among the predictors of quality of life in chronic stage of schizophrenia. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33, 1113-1118.
- Ipsen, D. (1978). Das Konstrukt Zufriedenheit. *Soziale Welt*, 29, 44-53.
- Jabs, B., Krause, U., Althaus, G., Stöber, G. & Pfuhlmann, B. (2004). Vergleichsuntersuchung zur Lebensqualität bei Probanden mit zyklischen und schizophrenen Psychosen. *Nervenarzt*, 75, 460-466.
- Jacob, G. & Bengel, J. (2000). Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48, 280-301.
- Jacob, G. & Bengel, J. (2002). Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation. Der Einfluss von Erwartungen, Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23, 140-148.
- Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J., Cornes, C. & Carpenter, L. L. (1987). A psychoeducational workshop of depressed patients, family and friends: Description and Evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 968-972.

- Jaeger, J., Bitter, I., Czobor, P. & Volavka, J. (1990). The measurement of subjective experience in schizophrenia: The subjective deficit syndrome scale. *Comparative Psychiatry*, 31, 216-226.
- Johnson, D. A. (1981). Studies of depressive symptoms in schizophrenia. The prevalence of depression and its possible causes. *British Journal of Psychiatry*, 139, 89-101.
- Jones, I. R., Ahmed, N., Catty, J., McLaren, S., Rose, D., Wykes, T., Burns T, Echo group (2009). Illness careers and continuity of care in mental health services: A qualitative study of service users and carers. *Social Science and Medicine*, 69, 632-639.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M. & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, 166, 654-659.
- Jungbauer, J. (2002). *Partner schizophrener Patienten. Belastungslagen. Bewältigungsstrategien. Lebensentwürfe*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Jungbauer, J. & Angermeyer, M. C. (2003). Bewältigungsstrategien von Partnern schizophrener Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 295-301.
- Jungbauer, J., Bischof J. & Angermeyer M. C. (2001a). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 105-114.
- Jungbauer J., Bischof J. & Angermeyer M. C. (2001b). „Die Krankheit hat unser Leben total verändert“ – Belastungen von Partnern schizophrener Patienten beim Beginn der Erkrankung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 133-138.
- Jungbauer J., Mory C. & Angermeyer M. C. (2002a). Finanzielle Belastungen von Eltern und Partnern schizophrener Patienten im Vergleich. Teil II: Qualitative Aspekte. *Psychiatrische Praxis*, 29, 181-185.
- Jungbauer, J., Mory, C. & Angermeyer, M. C. (2002b). Ist die Betreuung eines schizophrenen Familienmitglieds mit einem Gesundheitsrisiko verbunden? Psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen bei Angehörigen schizophrener Patienten. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 70, 548-554.
- Jungbauer, J., Wittmund, B. & Angermeyer, M. C. (2002). Der behandelnde Arzt aus Sicht der Angehörigen: Bewältigungsressource oder zusätzliche Belastung? *Psychiatrische Praxis*, 29, 279-284.
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S. & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 126-134.
- Kächele, H. & Steffens, W. (Hrsg.) (1998). *Bewältigung und Abwehr*. Berlin: Springer-Verlag.

- Kai, I., Ohi, G., Yano, E., Kobayashi, Y., Miyama, T., Niino, N. et al. (1993). Communication between patients and physicians about terminal care: A survey in Japan. *Social Science & Medicine*, 36, 1151-1159.
- Kampman, O., Laippala, P., Vaananen, J., Koivisto, E., Kiviniemi, P., Kilku, N. et al. (2002). Indications of medication compliance in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 110, 39-48.
- Karnofsky, D. A. & Burchenal, J. H. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In C. M. McLeod (Hrsg.), *Evaluation of chemotherapeutic agents in cancer* (S. 191-205). New York: Columbia University Press.
- Karow, A. & Naber, D. (2002). Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology*, 162, 3-10.
- Kartalova-O'Doherty, Y. & Doherty, D. T. (2008). Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: A mixed methods analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 19-28.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: Challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5, 139-145.
- Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. (Hrsg.) (1997). *Quality of life in mental disorders*, Chichester: John Wiley & Sons.
- Katschnig, H., Simon, M. D. & Kramer, B. (1994). Die Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener Patienten – Erste Ergebnisse einer Umfrage. In H. Katschnig & P. König, (Hrsg.). *Schizophrenie und Lebensqualität* (S. 241-250). Wien: Springer-Verlag.
- Kelly, M. A., Sereika, S. M., Battista, D. R. & Brown, C. (2007). The relationship between beliefs about depression and coping strategies: Gender differences. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 315-332.
- Kessing, L. V., Hansen, H. V. & Bech, P. (2006). Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2, 8.
- Kessing, L. V., Hansen, H. V., Ruggeri, M. & Bech, P. (2006). Satisfaction with treatment among patients with depressive and bipolar disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 148-155.
- Kilian, R. (1995). Ist Lebensqualität meßbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 22, 97-101.
- Klauer, D., Ferring, D. & Filipp, S. (1989). Zur Spezifität der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 144-158.
- Klauer, T. & Schwarzer, R. (2001) Soziale Unterstützung und Depression. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 22, 333-351.

- Klein, C. & Albani C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 34, 58-65.
- Klonowicz, T. (2001). Discontented people. Reactivity and locus of control as determinants of subjective well-being. *European Journal of Personality* 15, 29-47.
- Knuf, A. (2006). *Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Koch, U., Weis, J. & Aymanns, P. (Hrsg.) (1998). *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Koenig, H. G., George, L. K. & Peterson, B. L. (1998). Religiosity and remission from depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 536-542.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001) Summary and conclusions. In H. G. Koenig (Hrsg.). *Handbook of Religion and Health* (S. 391-393). New York: Oxford University Press.
- König, H. H., Roick, C. & Angermeyer, M. C., (2007). Validity of the EQ-5D in assessing and valuing health status in patients with schizophrenic, schizotypal or delusional disorders. *European Psychiatry*, 22, 177-187.
- Kopp, I., Encke, A. & Lorenz, W. (2002). Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung in der Medizin. Das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45, 223-233.
- Krampen, G. (1982). *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Krampen, G. (1985). Zur Bedeutung von Kontrollüberzeugungen in der klinischen Psychologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 101-112.
- Krampen, G. (Hrsg.) (1989). *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Krampen, G. (1989a). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Theorien, Geschichte, Probleme. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 3-19). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Krampen, G. (1989b). Mehrdimensionale Erfassung generalisierter und bereichsspezifischer Kontrollüberzeugungen. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 100-106). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Krampen, G. (1991). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Krebs, K. (2001). The spiritual aspect of caring – An integral part of health and healing. *Nursing Administration Quarterly*, 25, 55-60.

- Kreiner, B., Baranyi, A., Stephan, A. & Rothenhäusler, H. B. (2009). Psychoedukation und Lebensqualität bei depressiven Erkrankungen – Ergebnisse einer Grazer Evaluationsstudie. *Neuropsychiatrie*, 23, 101-114.
- Kulhara, P., Chakrabarti, S., Avasthi, A., Sharma, A. & Sharma, S. (2009). Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: A randomised-controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 472-482.
- Kunze, H. & Kaltenbach, L. (Hrsg.). (1994). *Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.
- Lakey, B. & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 337-343.
- Lam, D., Donaldson, C., Brown, Y. & Malliaris, Y. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 7, 431-440.
- Lam, D. H., Wong, G. & Sham, P. (2001). Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder – a naturalistic study. *Psychological Medicine*, 31, I397-I402.
- Lambert, M., Conus, P., Eide, P., Mass, R., Karow, A., Moritz, S. et al. (2004). Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *European Psychiatry*, 19, 415-422.
- Lambert, M., Naber, D., Karow, A., Huber, C. G., Köhler, J., Heymann, J. et al. (2009a). Subjective wellbeing under quetiapine treatment: Effect of diagnosis, mood state, and anxiety. *Schizophrenia Research*, 110, 72-79.
- Lambert, M., Schimmelmann, B. G., Schacht, A., Karow, A., Wagner, T. Wehmeier, P. M. et al. (2009b). Long-term patterns of subjective wellbeing in schizophrenia: cluster, predictors of cluster affiliation, and their relation to recovery criteria in 2841 patients followed over 3 years. *Schizophrenia Research*, 107, 165-172.
- Lamprecht, F. & Johnen, R. (Hrsg.) (1994). *Salutogenese*. Frankfurt a. M.: VAS-Verlag.
- Lang, H. & Faller, H. (1998). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Längle, G., Schwärzler, F., Eschweiler, G. W., Renner, G., Schramm, K. & Waschulewski, H. (2002). Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000). Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in psychiatrischen Kliniken. *Psychiatrische Praxis*, 29, 83-89.
- Larsen, E. B. & Gerlach, J. (1996). Subjective experience of treatment, side-effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out-patients treated with depot antipsychotics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 381-388.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, 109-125.

- Lasar, M. & Loose, R. (1994). Kontrollüberzeugungen bei chronischer Schizophrenie. Empirische Daten einer Gruppe ambulanter Patienten. *Nervenarzt*, 65, 464-469.
- Lauer, G. (1996). Lebensqualität und Schizophrenie: Ein Überblick über empirische Ergebnisse. In H. J. Möller, R. R. Engel & P. Hoff (Hrsg.), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen* (S. 63-71). Wien: Springer Verlag.
- Lauer, G. & Mundt, C. (1995). Lebensqualität und Qualitätssicherung. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 184-190). Stuttgart: Verlag Enke.
- Lauer, G. & Stegmüller-Koenemund, U. (1994). Bereichsspezifische subjektive Lebensqualität und krankheitsbedingte Einschränkungen chronisch schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 21, 70-73.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Leavey, G., King, M., Cole, E., Hoar, A. & Johnson-Sabine, E. (1997). First-onset psychotic illness: Patients' and relatives' satisfaction with services. *British Journal of Psychiatry*, 170, 53-57.
- Lecher, S., Satzinger, W., Trojan, A. & Koch, U. (2002). Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 3-12.
- Lebow, J. L. (1983). Client satisfaction with mental health treatment: methodological considerations in assessment. *Evaluation Review*, 7, 729-752.
- Lefcourt, H. M. (Hrsg.) (1981). *Research with the locus of control construct. Volume 1. Assessment Methods*. New York: Academic Press.
- Lefcourt, H. M. (1991). Locus of control. In J. P. Robinson, P. R. Shaver & L. S. Wrightsman (Hrsg.), *Measures of personality and social psychological attitudes. Volume 1 of Measures of Social Psychological Attitudes* (S. 413-499). San Diego: Academic Press.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children. An emerging social problem. *Hospital Community Psychiatry*, 38, 1063-1070.
- Lefley, H. P. & Marsh, D. T. (1996). The family experience of mental illness: Evidence for resilience. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 3-10.
- Leimkühler, A. M. (1995). Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In W. Gaebel (Hrsg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 163-172). Wien: Springer-Verlag.
- Leimkühler, A. M. & Müller, M. (1996). Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt*, 67, 765-773.
- Leiß, M. & Kallert, T. W. (2001). Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 28, 10-17.

- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinction within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. M. Lefcourt (Hrsg.), *Research with the locus of control construct. Volume 1. Assessment Methods* (S. 15-63). New York: Academic Press.
- Lewis, S. L., Miner-Williams, D., Novian, A., Escamilla, M. I., Blackwell, P. H., Kretzschmar, J. H. et al. (2009). A stress-busting program for family caregivers. *Rehabilitation Nursing*, 34, 151-159.
- Liddle, P. F. & Barnes, T. R. E. (1988). The subjective experience of deficits in schizophrenia. *Comparative Psychiatry*, 29, 157-164.
- Lienert, G. A., Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Linhorst, D. M., Hamilton, G., Young, E. & Eckert, A. (2002). Opportunities and barriers to empowering people with severe mental illness through participation in treatment planning. *Social Work*, 47, 425-434.
- Llorca, P. M., Bouhours, P. & Moreau-Mallet, V., French investigators group. (2008). Improved symptom control, functioning and satisfaction in French patients treated with long-acting injectable risperidone. *Encephale*, 34, 170-178.
- Logan, M. & Romans, S. (2002). Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *Journal of Affective Disorders*, 75, 247-257.
- Lohaus, A. (1992). Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 76-78.
- Lohaus, A. & Schmitt, G. M. (1989). *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Lottmann, T., Davis, W. & Gustafson, K. (1973). MMPI correlates with locus of control in a psychiatric population. *Journal of Personality Assessment*, 37, 78-82.
- Lowyck, B., Hert, M., de, Peeters, E., Gilis, P. & Peuskens, J. (2001). Can we identify the factors influencing the burden on family members of patients with schizophrenia? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5, 89-96.
- Lowyck, B., Hert, M. de, Peeters, E., Wampers, M., Gilis, P. & Peuskens, J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 19, 395-401.
- Lueboonthavatachai, P. & Lueboonthavatachai, O. (2006). Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89, 13-19.
- McLeod, C. M. (Hrsg.) (1949). *Evaluation of chemotherapeutic agents in cancer*. New York: Columbia University Press.

- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M. et al. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 109-115.
- Magliano L., Fadden, G., Madianos, M., Caldas de Almeida, J. M. C., Held, T. et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 405-412.
- Manne, S. & Glassman, M. (2000). Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spousal unsupportive behaviors and psychological distress. *Health Psychology* 19, 155-164.
- Maß, E. (1997). „Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker“. Die Qualität der Versorgung psychisch Kranker aus Sicht der Angehörigen. In M. Berger & W. Gaebel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 103-112), Berlin: Springer-Verlag.
- Massod, N., Okazaki, S. & Takeuchi, D. T. (2009). Gender, family, and community correlates of mental health in South Asian Americans. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 15, 265-274.
- Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., Van Heck, G. L., Hodiamont, P. P. & De Vries, J. (2006). Quality of life and psychopathology: Investigations into their relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 333-340.
- Mattejat, F., Wüthrich, C. & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, 71, 164-172.
- Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.) (1998). ... nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Maurin, J. T. & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 9-107.
- McDermott, S., Valentine, D., Anderson, D., Gallup, D. & Thompson, S. (1997). Parents of adults with mental retardation living in-home and out-of-home: Caregiving burdens and gratifications. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 323-329.
- McDonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M. & Dyck, D. G. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family Process*, 42, 91-103.
- Meffert, H. (1992). *Marketingforschung und Käuferverhalten*. Wiesbaden: Gabler-Verlag.
- Merinder, L. B., Viuff, A. G. & Laugesen, H. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: A randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 287-294.



- Michalak, E. E., Murray, G., Young, A. H. & Lam, R. W. (2008). Burden of bipolar depression: Impact of disorder and medications on quality of life. *CNS Drugs*, 22, 389-406.
- Michon, H.W., Ten Have, M., Kroon, H., Weeghel, J. van, Graaf, R. de & Schene, A. H. (2008). Mental disorders and personality traits as determinants of impaired work functioning. *Psychological Medicine*, 21, 1-11.
- Mielke, R. (Hrsg.) (1982). *Interne/externe Kontrollüberzeugung. Theoretische und empirische Arbeiten zum Locus of Control-Konstrukt*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mielke, R. (1982a). Locus of control. Ein Überblick über den Forschungsgegenstand. In R. Mielke (Hrsg.), *Interne/externe Kontrollüberzeugung. Theoretische und empirische Arbeiten zum Locus of Control-Konstrukt* (S. 15-42). Bern: Verlag Hans Huber.
- Mielke, R. (1982b). Das Problem der Mehrdimensionalität bei der Erfassung interner/externer Kontrollüberzeugung. In R. Mielke (Hrsg.), *Interne/externe Kontrollüberzeugung. Theoretische und empirische Arbeiten zum Locus of Control-Konstrukt* (S. 119-138). Bern: Hans Huber.
- Miklowitz, D. J. & Goldstein, M. J. (1997). *Bipolar disorder – A family-focused treatment approach*. New York: The Guilford Press.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N. & Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48, 582-592.
- Milliken, P. J. (2001). Disenfranchised mothers: Caring for an adult child with schizophrenia. *Health Care for Women International*, 22, 149-166.
- Mittelman, M. (2005). Taking care of the caregivers. *Current Opinion of Psychiatry*, 18, 633-639.
- Modestin, J., Caveng, I., Wehrli, M. V. & Malti, T. (2009). Correlates of coping styles in psychotic illness – An extension study. *Psychiatri Research*, 168, 50-56.
- Möller, H.-J., Engel, R. R. & Hoff, P. (Hrsg) (1996). *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen*. Wien: Springer-Verlag.
- Möller, H. J., Llorca, P. M., Saccetti, E., Martin, S. D., Medori, R., Parellada, E. & StoRMi Study Group. (2005). Efficacy and safety of direct transition to risperidone long-acting injectable in patients treated with various antipsychotic therapies. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20, 121-130.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2005). Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 223-231.

- Möller-Leimkühler, A. M. & Dunkel, R. (2003). Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. Ergebnisse einer Stichtagsbefragung. *Nervenarzt*, 74, 40-47.
- Moos, R. H., Nichol, A. C. & Moos, B. S. (2002). Global assessment of functioning ratings and the allocation and outcomes of mental health. *Psychiatric Services*, 53, 730-737.
- Motlova, L., Dragomirecka, E., Spaniel, F., Goppoldova, E., Zalesky, R., Seleпова, P., Figlova, Z. & Höschl, C. (2006). Relapse prevention in schizophrenia: Does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 38-44.
- Mory, C., Jungbauer, J. & Angermeyer, M. C. (2002). Finanzielle Belastungen von Eltern und Partnern schizophrener Patienten im Vergleich – Teil I: Quantitative Aspekte. *Psychiatrische Praxis*, 30, 175-180.
- Mory, C., Jungbauer, J., Bischoff J. & Angermeyer, M. C. (2002). Finanzielle Belastungen von Partnern psychisch Erkrankter. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 70, 71-77.
- Moyal, B. R. (1977). Locus of control, self-esteem, stimulus appraisal, and depressive symptoms in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 951-952.
- Mussen, P. H. (Hrsg.) (1983). *Handbook of child psychology, Volume 1*. New York: Wiley.
- Muthny, F. A. (1989). *FKV. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Manual*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Muthny, F. A. (Hrsg.) (1990). *Krankheitsverarbeitung - Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse*. Berlin: Springer-Verlag.
- Muthny, F. A., Bechtel, M. & Spaete, M. (1992). Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen. Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse- und MS-Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 42, 41-53.
- Muthny, F. A. & Bermejo, I. (1993). Krankheitsverarbeitung bei Krebs – Klinische Relevanz, Meßmethodik und Ergebnisbeispiele der Copingforschung. In F. A. Muthny & G. Haag (Hrsg.), *Onkologie im psychosozialen Kontext* (S. 58-85). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Muthny, F. A. & Haag, G. (Hrsg.) (1993). *Onkologie im psychosozialen Kontext*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Naber, D. (1995). A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 13-138.
- Naber, D. & Dose, M. (2005). Pro und Kontra: Grundsätzlicher Vorrang für Atypika. *Psychiatrische Praxis*, 32, 163-166.

- Naber, D., Karow, A. & Lambert, M. (2002). Psychosocial outcomes in patients with schizophrenia: Quality of life and reintegration. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 31-36.
- Naber, D., Karow, A. & Lambert, M. (2005). Subjective well-being under neuroleptic treatment and its relevance for compliance. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (suppl. 427), 29-34.
- Naber, D., Moritz, S., Lambert, M., Rajonk, F., Holzbach, R., Mass, R. et al. (2001). Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophrenia Research*, 50, 79-88.
- Naber, D., Walther, A., Kircher, T., Hayek, D. & Holzbach, R. (1994). Subjective effects of neuroleptic predict compliance. In W. Gaebel & A. G. Awad (Hrsg.), *Prediction of neuroleptic treatment outcome in schizophrenia concepts and methods*. Berlin: Springer-Verlag.
- National Institute of Mental Health (1970). CGI: Clinical Global Impressions. In W. Guy & R. R. Bonato (Hrsg.), *Handbuch für die ECDEU Assessment Battery*. Maryland: Rockville Chevy Chase.
- Nerenz, D., Leventhal, H. & Love, R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 50, 1020-1027.
- Nguyen, M. (2009). Nurse's assessment of caregiver burden. *Medsurg Nursing*, 18, 147-151.
- Noble, L. M., Douglas, B. C. & Newman, S. P. (1999). What do patients want and do we want to know? A review of patients' requests of psychiatric services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 321-327.
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., McLean, T., Voruganti, L. P. N., Cortese, L., McIntosh, E. et al. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 303-309.
- O'Connor, T. (1999). The rewards of being a caregiver. *Nursing New Zealand*, 5, 18-19.
- Ohaeri, J. U. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 457-465.
- Ohaeri, J. U., Awadalla, A. W. & Gado, O. M. (2009). Subjective quality of life in a nationwide sample of Kuwaiti subjects using the short version of the WHO quality of life instrument. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 693-701.
- Olfson, M., Uttaro, T., Carson, W. H. & Tafesse, E. (2005). Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 331-338.
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung den Arbeitskreises OPD (2006). Bern: Verlag Hans Huber
- Orley, J. & Kuyken, W. (Hrsg.) (1994). *Quality of life assessment: International perspectives*. Heidelberg: Springer-Verlag.

- Ostermann, J. & Hollander, S. (1996). Die Angehörigenvisite. *Psychiatrische Praxis*, 23, 279-281.
- Östman, M. & Hansson, L. (2001). The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 159-164.
- Östman, M. & Hansson, L. (2002). Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 243-248.
- Östman, M. & Kjellin, L. (2002). Stigma by association. Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181, 494-498.
- Östman, M., Wallsten, T. & Kjellin, L. (2005). Family burden and relatives' participation in psychiatric care: Are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance? *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 291-301.
- Pai, S. & Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. *The British Journal of Psychiatry*, 138, 332-335.
- Pakenham, K. I., Chiu, J., Bursnall, S. & Cannon, T. (2007). Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes in young carers. *Journal of Health Psychology*, 12, 89-102.
- Pan, A.-W., Chan, P. S., Chung, L., Chen, T.-J. & Hsiung, P.-C. (2006). Quality of life in depression. Predictive models. *Quality of Life Research*, 15, 39-48.
- Parikh, S. V., Velyvis, V., Yatham, L., Beaulieu, S., Cervantes, P., MacQueen, G. et al. (2007). Coping styles in prodromes of bipolar mania. *Bipolar Disorders*, 9, 589-595.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Perlick, D., Clarkin, J. F., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S., Struening, E. et al. (1999). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175, 56-62.
- Perlick D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N. Kaczynski, R. et al. (2007) Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 9, 262-273.
- Phillips, R. E 3<sup>rd</sup> & Stein, C. H. (2007). God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 529-540.
- Piaget, J. (1983). Piaget's theory. In P. H. Mussen (Hrsg.), *Handbook of child psychology*, Volume 1 (S. 103-128). New York: Wiley.

- Pinikahana, J., Happel, B. & Keks, N. A. (2003). Suicide and schizophrenia: A review of literature for the decade (1990-1999) and implications for mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 27-43.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml J. & Kissling, W. (2003). *Psychoedukation Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten – und Angehörigengruppen*. München: Verlag Urban & Fischer.
- Pitschel-Walz, G. & Engel, R. R. (1997). Psychoedukation in der Schizophreniebehandlung. *Psycho*, 23, 22-36.
- Placentino, A., Rilloso, L., Papa, E., Foresti, G., Materzanini, A., Rossi, G. et al. (2009). Clinical characteristics in long-term care psychiatric patients: A descriptive study. *World Journal of Biological Psychiatry*, 10, 58-64.
- Polio, D. E., North, C. S. & Foster, D. A. (1998). Content and curriculum in psychoeducation groups for families of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 49, 816-822.
- Prager, E. & Tonaka, H. (1980). Self-assessment: The client's perspective. *Social Work*, 25, 32-34.
- Prince, J. D. (2005). Family involvement and satisfaction with community mental health care of individuals with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 41, 419-430.
- Prince, J. D. (2006). Determinants of care satisfaction among inpatients with schizophrenia. *Community of Mental Health*, 11, 1-8.
- Prociuk, T. J., Breen, L. J. & Lussier, R. J. (1976). Hopelessness, internal-external locus of control, and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 299-300.
- Provencher, H. L. & Fincham, F. D. (2000). Attributions of causality, responsibility and blame for positive and negative symptom behaviours in caregivers of persons with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 30, 899-910.
- Pukrop, R. (2003). Subjektive Lebensqualität. Kritische Betrachtung eines modernen Konstrukts. *Nervenarzt*, 74, 48-54.
- Putten, T. van, May, P. R. A. & Marder, S. R. (1981). Subjective response to antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry*, 38, 187-190.
- Putzhammer, A., Perfahl, M., Pfeiff, L. & Hajak, G. (2005). Correlation of subjective well-being in schizophrenic patients with gait parameters, expert-rated motor disturbances, and psychopathological status. *Pharmacopsychiatry*, 38, 132-138.
- Putzhammer A., Senft, I., Fleischmann, H., Klein, H. E., Schmauss, M., Schreiber, W. & Hajak, G. (2006). Der Arbeitsalltag von Ärzten im Stationsdienst: eine Tätigkeitsanalyse in psychiatrischen Versorgungskliniken. *Nervenarzt*, 77, 372-376.
- Pyrer, M. W. & Steinke, J. (1973). Type of psychiatric disorder and locus of control. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 23-25.

- Ramírez García, J. J., Hernández, B. & Dorian, M. (2009). Mexican American caregivers' coping efficacy: Associations with caregivers' distress and positivity to their relatives with schizophrenia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 162-170.
- Rammohan, A., Rao, K. & Subbakrishna, D. K. (2002). Religious coping and psychosocial wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 356-362.
- Rao, K. (2009). Recent research in stress, coping and women's health. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 188-193.
- Rapp, C. A., Shera, W., & Kisthardt, W. (1993). Research strategies for consumer empowerment of people with severe mental illness. *Social Work*, 38, 727-735.
- Ravens-Sieberer, U., Cieza, A., Bullinger, M., Steinbüchel, N. & Pöppel, E. von (Hrsg.). (2000). *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendung*. Landsberg: Ecomed Verlag.
- Rea, M. M., Goldstein, M. J., Tompson, M. C. & Miklowitz, D. J. (1998). Family and individual therapy in bipolar disorders: Outline and first results of the study. *Presented at the VI World Congress of the World Association of Psychosocial Rehabilitation; May 2-5, 1998*. Hamburg, Germany.
- Reinares M. Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M., Goikolea, J. M. et al. (2006). What really matters to bipolar patients' caregivers: Sources of family burden. *Journal of Affective Disorders*, 94, 157-163.
- Reine, G., Lancon, C., Simeoni, M. C., Duplan, S. & Auquier, P. (2003). Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: An overview of measure instruments. *Encephale*, 29, 137-147.
- Reine, G., Simeoni, M. C., Auquier, P., Loundou, A., Aghababian, V. & Lancon, C. (2005). Assessing health-related quality of life in patients suffering from schizophrenia: A comparison of instruments. *European Psychiatry*, 20, 510-519.
- Riebschleger, J., Tableman, B., Rudder, D., Onaga, E. & Whalen, P. (2009). Early outcomes of a pilot psychoeducation group intervention for children of a parent with a psychiatric illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33, 133-141.
- Ritsner, M., Ben-Avi, I., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E. & Modai, I. (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of Life Research*, 12, 1-9.
- Roe, D. & Chopra, M. (2003). Beyond coping with mental illness: Toward personal growth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 334-344.
- Rohland, B. M., Langbehn, D. R. & Rohrer, J. E. (2000). Relationship between service effectiveness and satisfaction among persons receiving Medicaid mental health services. *Psychiatric Services*, 51, 248-250.

- Roick, C., Heider, D., Bebbington, P. E., Angermeyer, M. C., Azorin, J.-M., Brugha, T. S. et al. (2007). Burden of caregivers of people with schizophrenia: Comparison between Germany and Britain. *British Journal of Psychiatry*, 190, 333-338.
- Rose, L. E. (1996). Families of psychiatric patients. A critical review and future research directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 67-76.
- Rothbauer, J., Spießl, H. & Schön, D. (2001). Angehörigen-Informationstage. Einstellungen und Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 28, 1-5.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1-28.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Roy-Byrne, P., Dagadakis, C., Unutzer, J. & Ries, R. (1996). Evidence for limited validity of the revised global assessment of functioning scale. *Psychiatric Services*, 47, 867-866.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P. C., Rössler, W. & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenia of affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 686-694.
- Rüger, U., Blomert, A. G. & Förster, W. (1990). *Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze und Meßinstrumente zur Krankheitsbewältigung*. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: State of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 212-227.
- Ruggeri, M. & Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 511-523.
- Ruggeri, M., Dall'Agnola, R., Agostani, C. & Risoffi, G. (1994). Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 265-276.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, G., Thornicroft, G., Vázquez-Barquero, J. L., Becker, T. et al. (2003). Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: Results from the EPSILON study. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 229-245.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, 12, Suppl. 1, 33-41.

- Salokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengård, E. & Koivisto, A.-M. (2001). To be or not to be married – That is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 381-390.
- Salomè, F., Petitjean, F., Germain, C. & Demant, J. C. (2004). The subjective quality of life of patients with schizophrenia: Influence of psychopathology and patients' expectations. A comparative study. *Encephale*, 30, 60-68.
- Samele, C. & Manning, N. (2000). Level of caregiver burden among relatives of the mentally ill in South Verona. *European Psychiatry*, 15, 196-204.
- Sanders, G. S. & Suls, J. (Hrsg.) (1982). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sanderson, K., Andrews, G., Corry, J. & Lapsley, H. (2003). Reducing the burden of affective disorders: Is evidence-based health care affordable? *Journal of Affective Disorders*, 77, 109-125.
- Scazufca, M. & Kuipers, E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 174, 154-158.
- Schafer, J. L. (1997). *Analysis of incomplete multivariate data*. New York: Chapman & Hall.
- Schaub, A. (2002). Illness self-management programs in schizophrenia and affective disorders. In A. Schaub (Hrsg.), *New Family Interventions and Associated Research in Psychiatric Disorders. Gedenkschrift in Honor of Michael J. Goldstein* (S. 229-247). Wien: Springer-Verlag.
- Schaub, A. (Hrsg.) (2002). *New Family Interventions and Associated Research in Psychiatric Disorders. Gedenkschrift in Honor of Michael J. Goldstein*. Wien: Springer-Verlag.
- Schaub, A., Roth, E. & Goldmann, U. (2006). *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen: Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289-297.
- Schene A. H., Tessler R. C. & Gamache, G. M. (1994). Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 228-240.
- Schene, A. H., Tessler, R. C., Gamache, G. M. & Wijngaarden, B. van (2001). Measuring family or care-giver burden in severe mental illness: The instruments. In M. Tansella & G. Thornicroft (Hrsg.), *Mental health outcome measures* (S. 48-71). London: Gaskell.
- Schennach-Wolff, R., Jäger, M., Seemüller, F., Obermeier, M., Messer, T., Laux G. et al. (2009). Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 113, 210-217.



- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A. & Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: The Functional Living Index Cancer: Development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472-483.
- Schmid, R. (2007) „Jenseits der Belastungen“ – Resilienzfaktoren, Empowerment und positive Erfahrungen von Angehörigen“ *Neuro-Psychiatrische-Nachrichten. Zeitung für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie*. Newsletter 2/22.11.2007 DGPPN 2007, Berlin.
- Schmid, R., Cording, C. & Spießl, H. (2007). Bedeutung emotionaler Belastungen für die Angehörigenarbeit. Hintergründe und praktische Konsequenzen. *Psychoneuro*, 33, 25-33.
- Schmid, R., Helmbrecht, M. & Lukesch, H. (2009). Unterstützungsbedarf und Möglichkeiten der (Selbst-)Hilfe erwachsener Kinder unipolar und bipolar affektiv Erkrankter. *Nervenarzt*, P-058-011.
- Schmid, R., Huttel, G.-U., Binder, H., Cording, C. & Spießl, H. (2006). „Seit ich ihn kenne, ist es ein Auf und Ab...“ Die Situation von Angehörigen von Patienten mit bipolaren Störungen. *Nervenarzt*, 77, 506-507.
- Schmid, R., Huttel, G.-U., Cording, C. & Spießl, H. (2007a). Belastungen von Angehörigen von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen in stationärer Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 34, 155-156.
- Schmid, R., Huttel, G.-U., Cording, C. & Spießl, H. (2007b). Die Situation von Angehörigen von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 75, 665-672.
- Schmid, R., Mehlsteibl, D. & Spießl, H. (2008). „Viele Fragen und keine Antworten?!“ Hinterbliebene nach Kliniksuzid. *Psychiatrische Praxis*, 35, 247-250.
- Schmid, R., Neuner, T., Cording, C. & Spießl, H. (2006a). Einfluss von Antipsychotika auf Behandlungszufriedenheit, Befindlichkeit unter Medikation und Lebensqualität von schizophrenen Patienten. *Nervenarzt*, 77, 140-141.
- Schmid, R., Neuner, T., Cording, C. & Spießl, H. (2006b). Lebensqualität schizophrener Erkrankter und ihr Zusammenhang mit Krankheitsbewältigungsstrategien und Behandlungsaspekten. *Psychiatrische Praxis*, 33, 337-343.
- Schmid, R., Neuner, T., Spießl, H. & Hausner, H. (in Vorbereitung). Fragebogen zum Belastungserleben von Angehörigen psychiatrischer Patienten (FBA).
- Schmid, R., Schielein, T., Jakob, W. & Spießl, H. (2008). Entlassungsbriefe an Angehörige von psychisch Kranken – Vermittlung von Unterstützungsangeboten und Psychoedukation. *Psychiatrische Praxis*, 35, 302-305.
- Schmid, R., Schielein, T. & Spießl, H. (2008). „Die stillen Betroffenen“ Die Situation von Geschwistern schizophrener Patienten. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), *Partner, Kinder und Geschwister psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 315-346). Tübingen: DGVT-Verlag.

- Schmid, R., Schielein, T., Spießl, H. & Bauer, M. (2008). Multizenterstudie des Arbeitskreises „Junge Wissenschaftler“ der DGBS e.V. zum Belastungsempfinden von Angehörigen bipolarer Patienten. Psychiatrische Praxis – Szenebeitrag. *Psychiatrische Praxis*, 35, 364-365.
- Schmid, R., Schmink, M., Pfennig, A. & Bauer, M. (2009). Belastungsempfinden von Angehörigen bipolarer Patienten. Zwischenergebnisse der Multizenterstudie des Arbeitskreises „Junge Wissenschaftler“ der DGBS e.V., *Nervenarzt*, P-019-013.
- Schmid, R. & Spießl, H. (2007). „Tochter-Sein“ als Lebensaufgabe?! Die Situation von erwachsenen Kindern psychisch Kranker. *Nervenarzt*, 78, 442-448.
- Schmid, R., Spießl, H. & Cording, C. (2005a). Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. Literaturübersicht. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 73, 736-749.
- Schmid, R., Spießl, H. & Cording, C. (2005b). Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 32, 272-280.
- Schmid, R., Spießl, H., Vukovich, A. & Cording, C. (2003). Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. Literaturübersicht und eigene Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 71, 118-128.
- Schmid, R., Sterzinger, L. & Spiessl, H. (2008). Reward of caregivers of patients with bipolar disorders – The often neglected site of the coin. *Bipolar Disorders*, 10, Suppl. 1, 54.
- Schmid, R., Sterzinger, L., Koepke, F., Cording, C. & Spießl, H. (2007). Nicht nur Belastung – auch Freude? Positive Veränderungen im Leben von Angehörigen infolge der psychischen Erkrankung ihres Familienmitgliedes. *Nervenarzt*, 78, 472-479.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 39, 248-255.
- Schmidt, J., Nübling, R., Lamprecht, F. & Wittmann, W. W. (1994). Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. Zusammenhänge mit Behandlungs- und Ergebnisvariablen und prognostische Bedeutung. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), *Salutogenese* (S. 271-283). Frankfurt a. M.: VAS-Verlag.
- Schmidtchen, G. (1973). *Zwischen Kirche und Gesellschaft. Forschungsbericht über die Umfragen zur gemeinsamen Synode der Bistümer in der Bundesrepublik Deutschland*. In Verbindung mit dem Institut für Demoskopie Allensbach. Freiburg: Herder-Verlag.
- Schreiber, W., Dick, B. & Krieg, J. C. (2001). Das Customer Driven Psychiatric Hospital: Kundenorientierung als Grundprinzip stationär psychiatrischer Versorgung. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 6, 179-186.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

- Schwartz, C. & Gidron, R. (2002). Parents of mentally ill adult children living at home: Rewards of caregiving. *Health & Social Work, 27*, 145-154.
- Seelhorst, R. M. (2000). Grenzen der Deinstitutionalisierung – Perspektiven der Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis, 27*, 64-67.
- Selten, J. P., Sijben, N. E. S., Bosch, R. J. van den, Omloo-Vissen, J. & Warmerdam, H. (1993). The subjective experience of negative symptoms: A self-rating scale. *Comparative Psychiatry, 34*, 192-197.
- Seyringer, M.-E., Friedrich, F., Stompe, T., Frottier, P., Schrank, B. & Frühwald, S. (2007). Die „Gretchenfrage“ für die Psychiatrie. Der Stellenwert von Religion und Spiritualität in der Behandlung psychisch Kranker. *Neuropsychiatrie, 21*, 239-247.
- Sibitz, I., Amering, M., Kramer, B., Griengl, H. & Katschnig, H. (2002). Krankheitsverlauf und Probleme schizophrene erkrankter Frauen und Männer aus der Sicht der Angehörigen. *Psychiatrische Praxis, 29*, 148-153.
- Sibitz, I., Amering, M., Gössler, R., Unger, A. & Katschnig, H. (2007). Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia. A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*, 909-915.
- Simon, M. D. (2000). Wir melden uns zu Wort. Die Angehörigen von psychisch kranken Menschen beziehen Position. *Psychiatrische Praxis, 27*, 209-213.
- Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Saleem, R. & George, E. L. (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psychoeducational program. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 588-597.
- Skärsäter, I., Rayens, M. K., Peden, A., Hall, L., Mei, Z., Agren, H. & Prochazka, H. (2009). Sense of coherence and recovery from major depression: A 4-year-follow-up. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*, 119-127.
- Skinner, E. A. (1995). *Perceived control, motivation, & coping. Individual differences and development series. Volume 8*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Slade, T. (2007). The descriptive epidemiology of internalizing and externalizing psychiatric dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*, 554-560.
- Slade, M., Phelan, M. & Thornicroft, G. (1998). A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychological Medicine, 28*, 543-550.
- Smith, M. J. & Greenberg, J. S. (2008). Factors contributing to the quality of sibling relationships for adults with schizophrenia. *Psychiatric Services, 59*, 57-62.
- Solomon, P. & Draine, J. (1995a). Adaptive coping among family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services, 46*, 1156-1160.
- Solomon, P. & Draine, J. (1995b). Subjective burden among family members of mentally ill adults: Relation to stress, coping and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*, 419-427.

- Spießl, H., Cording, C. & Klein, H. E. (1995). Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. *Krankenhauspsychiatrie*, 6, 156-159.
- Spießl, H., Cording, C. & Klein, H. E. (1997). Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 91, 761-765.
- Spießl, H., Cording, C. & Klein, H. E. (2000). Erwartungen und Zufriedenheit schizophrener Patienten in der psychiatrischen Klinik. *Nervenheilkunde*, 2, 74-79.
- Spießl, H., Krischker, S., Spindler, P., Cording, C. & Klein, H. E. (1996). Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie*, 7, 1-5.
- Spießl, H., Leber, C., Kaatz, S. & Cording, C. (2002). Was erwarten Patienten von einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus? *Psychiatrische Praxis*, 29, 417-419.
- Spießl, H., Leber, C., Radlinger, P., Schmid, R., Kaatz, S., Binder, H., Hambrecht, M. & Klein, H. E. (2009). Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Kliniken, *Nervenheilkunde*, 28, 481-486.
- Spießl, H., Schmid, R., Binder, H. & Cording, C. (2005a). Die (Un-)Zufriedenheit von Angehörigen mit der psychiatrischen Klinik. *Krankenhauspsychiatrie*, 16, 97-101.
- Spießl, H., Schmid, R., Cording, C., Klein, H. E. & Adler, L. (2005b). Die Bedeutung der Nutzerzufriedenheit für psychiatrische Kliniken. *Krankenhauspsychiatrie*, 16, 1-7.
- Spießl, H., Schmid, R., Vukovich, A. & Cording, C. (2004). Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. *Nervenarzt*, 75, 475-482.
- Spießl, H., Schmid, R., Wiedemann, G. & Cording, C. (2005c). Unzufriedene Angehörige – Kunstfehler psychiatrischer Behandlung oder ökonomische Notwendigkeit? Editorial. *Psychiatrische Praxis*, 32, 215-217.
- Spießl, H., Semsch, I., Cording, C. & Klein, H. E. (2001a). Befragung niedergelassener Ärzte als Ausgangspunkt klinikinterner Maßnahmen zur Qualitätsförderung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 95, 419-423.
- Spießl, H., Spießl, A. & Cording, C. (1999). Die „ideale“ stationär-psychiatrische Behandlung aus der Sicht der Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 26, 3-8.
- Spießl, H., Spießl, A., Cording, C. & Klein, H. E. (2007). Intelligenzminderung – Teil 2: Therapie und psychiatrische Versorgung. *Nervenheilkunde*, 26, 541-640.
- Stark, A. (Hrsg.) (1996). *Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Stark, F.-M. & Stolle, R. (1994). Schizophrenie: Subjektive Krankheitstheorien – eine explorative Studie. Teil 1: Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 21, 74-78.

- Startup, M., Jackson, M. C. & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 417-422.
- Stefanopoulou, E., Lafuente, A. R., Fonseca Saez J. A. & Huxley, A. (2009). Insight, global functioning and psychopathology amongst inpatients clients with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 80, 155-165.
- Stieglitz, R.-D. (1996). Erfassung von Lebensqualität bei schizophrenen Patienten. In H.-J. Möller, R. R. Engel & P. Hoff (Hrsg.), *Befunderhebungen in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen* (S. 73-81), Wien: Springer.
- Stolle, R. & Stark F. M. (1994). Schizophrenie: Subjektive Krankheitstheorien. Eine explorative Studie. Teil 2: Angehörige. *Psychiatrische Praxis*, 21, 96-100.
- Swoboda, E., Kühnel, B., Waanders, R. & König, P. (2000). Zufriedenheit der Patienten mit der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie*, 11, 13-20.
- Tang, V. W., Leung, S. K. & Lam, L. C. (2008). Clinical correlates of the caregiving experience for Chinese caregivers of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 720-726.
- Tansella, M. & Thornicroft, G. (Hrsg.) (2001). *Mental health outcome measures*. London: Gaskell.
- Taylor, T. L., Killaspy, H., Weight, C., Turton, P., White, S., Kallert, T. W. et al. (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, 9, 55. Zugriff am 20.12.2009. Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/55>
- Testkuratorium der Förderung deutscher Psychologenverbände (1986). Beschreibung der einzelnen Kriterien für die Testbeurteilung. *Diagnostica*, 32, 358-360.
- The WHOQOL-Group. (1994). The development of the WHO Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken. (Hrsg.), *Quality of life assessment: International perspectives* (S. 41-57). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Thibaut, J. & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Thornicroft, G., Gooch, C., O'Driscoll, C. & Reda, S. (1993). The TAPS Project. 9: The reliability of the Patient Attitude Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 19, 25-29.
- Tranvag, O. & Kristoffersen, K. (2008). Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: A cumulative process over time. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 5-18.
- Treudley, M. B. (1946). Mental illness and family routines. *Mental Hygiene*, 15, 407-418.

- Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., Heck, G. L. van, Hodiamont, P. P. & De Vries, J. (2005a). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-BREF in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14, 151-160.
- Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., Van Heck, G. L., Hodiamont, P. P. & DeVries, J. (2005b). Relationships between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 588-594.
- Tsang, H. W., Tam, P. K., Chan, F. & Chang, W. M. (2003). Sources of burden on families of individuals with mental illness. *International Journal of Rehabilitation Research*. 26, 123-130.
- Tyson, P., Ayton, A., Al Agib A. O., Bowie, P., Worral-Davies, A. & Mortimer, A. (2001). A comparison of the service satisfaction and intervention needs of patients with schizophrenia and their relatives. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5, 263-271.
- Van der Voort, T. Y., Goosens, P. J. & Van der Bijl, J. J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 679-687.
- Varkey, L. & Sathyavathi, K. (1984). Locus of control and other personality variables in psychotics. *Psychological Studies*, 29, 83-87.
- Vieten, B. & Brinkmann, H. (2000). Zufriedenheit der Angehörigen im Prozess der Deinstitutionalisierung. *Psychiatrische Praxis*, 27, 221-227.
- Voruganti, L., Cortese, L., Oyewumi, L., Cernovsky, Z., Zirul, S. & Awad, A. (2000). Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. *Schizophrenia Research*, 43, 135-145.
- Voruganti, L., Cortese, L., Oweyumi, L., Kottedda, V., Cernovsky, Z., Zirul, S. et al. (2002). Switching from conventional to novel antipsychotic drugs: Results of a prospective naturalistic study. *Schizophrenia Research*, 57, 201-208.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1981). Health locus of control scales. In H. M. Leffcourt (Hrsg.), *Research with the locus of control construct. Volume 1. Assessment Methods* (S. 189-243). New York: Academic Press.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. S. Sanders & J. Suls (Hrsg.), *Social psychology of health and illness* (S. 65-95). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Walton-Moss, B., Gerson, L. & Rose, L. (2005). Effects of mental illness on family quality of life. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 627-642.
- Wancata, J., Freidl, M., Krautgartner, M., Friedrich, F., Matschig, T., Unger, A., Gössler, R. & Frühwald, S. (2008). Gender aspects of parents' needs of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, im Druck.

- Ware, J. E. (1987). Standards for validating health measures: Definiton and context. *Journal of Chronical Disorders*, 40, 473-480.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R. & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 247-263.
- Warner, R., Taylor, D., Powers, M. & Hyman, J. (1989). Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: Effects on functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 398-409.
- Webb, C., Pfeiffer, M., Mueser, K. T., Gladis, M., Mensch, E., DeGirolamo, J. et al. (1998). Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: The role of coping style and social support. *Schizophrenia research*, 34, 169-180.
- Weber-Rouget, B. & Aubry, J.-M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98, 11-27.
- Wehmeier, P. M., Kluge, M., Schacht, A., Helsberg, K., Schreiber, W., Schimmelmann, B. G. et al. (2008). Patterns of physician and patient rated quality of life during antipsychotic treatment in outpatients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 676-683.
- Weis, J. (1998). Krankheitsverarbeitung und subjektive Krankheitstheorien – Theoretische Konzepte, Forschungsmethodik und Forschungsergebnisse. In U. Koch, J. Weis & P. Aymanns (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung* (S. 13-23). Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg) (2008). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Westheide, J., Quednow, B. B., Kuhn, K.-U., Hoppe, C., Cooper-Mahkorn, D., Hawellek, B. et al. (2008). Executive performance of depressed suicide attempters: the role of suicidal ideation. *European Archives of Psychiatry in Clinical Neuroscience*, 258, 414-421.
- Westhoff, G. (1993). *Handbuch psychosozialer Messinstrumente*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Wijngaarden, B. van, Koeter, M., Knapp, M., Tansella, M. Thornicroft, G., Vazquez-Barquero, J. L. et al. (2009). Caring for people with depression or with schizophrenia: are the consequences different? *Psychiatry Research*, 30, 62-69.
- Wijngaarden, B. van, Schene, A. H., Koeter, M., Vazquez-Barquero, J.L., Knudsen, H.C., Lasalvia, A. et al. (2000). Caregiving in schizophrenia: Development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire - European Version. EPSILON Study 4. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *British Journal of Psychiatry*, 39, 21-29.
- Williams, C. C. & Collins, A. (2002). Factors associated with insight among outpatients with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 53, 96-98.
- Winefield, H. R. & Harvey, E. J. (1993). Determiants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 619-625.

- Woodside, H., Krupa, T. & Pocock, K. (2007). Early psychosis, activity performance and social participation: A conceptual model to guide rehabilitation and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 125-130.
- Wolff, N., Perlick, D. A., Kaczynski, R., Calabrese, J., Nierenberg, A. & Miklowitz, D. J. (2006). Modeling costs and burden of informal caregiving for persons with bipolar disorder. *Journal of Mental Health Policy and Economy*, 9, 99-110.
- Yen, C. F., Cheng, C. P., Huang, C. F., Yen, J. Y., Ko, C. H. & Chen, C. S. (2008). Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disorder*, 10, 617-624.
- Yi, Y. (1990). A critical review of consumer satisfaction. In V. A. Zeithaml (Hrsg.), *Review of Marketing* (S. 68-123). Chicago: American Marketing Association.
- Zastowny, T. R., Lehman, A. F., Cole, R. E. & Kane, C. (1992). Family management of schizophrenia: A comparison of behavioral and supportive family treatment. *Psychiatric Quarterly*, 62, 159-186.
- Zwingmann, C. (2005). Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 55, 241-246.



---

## 8. ANHANG

- A) Anschreiben an die Oberärztinnen und Oberärzte
- B) Anschreiben an die Stationsleiterinnen und Stationsleiter
- C) Patienteninformation zu der Fragebogenstudie
- D) Patientenversion des Fragebogens
- E) Einwilligungserklärung der Patienten zum Anschreiben ihres Angehörigen
- F) Anschreiben an die Angehörigen
- G) Angehörigenversion des Fragebogens
- H) Erinnerungsschreiben an die Angehörigen
- I) Tabellen
  - Tabelle I-1: Psychiatrische Basisdokumentation – Aufnahmebogen
  - Tabelle I-2: Psychiatrische Basisdokumentation – Entlassungsbogen
  - Tabelle I-3: Domänen des Lebensqualitätsfragebogens WHOQOL-BREF
  - Tabelle I-4: Skalen des Fragebogens zur subjektiven Befindlichkeit unter Neuroleptika (SWN-K)
  - Tabelle I-5: Skalen des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV)
  - Tabelle I-6: Skalen des Fragebogens zu den Kontrollüberzeugungen (KKG)
  - Tabelle I-7: Abkürzungsverzeichnis zu den verwendeten Skalen/Variablen sowie deren Wertebereiche



**An die  
Oberärztinnen und Oberärzte  
der allgemeinpsychiatrischen Stationen**

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie der Universität am  
Bezirksklinikum Regensburg**

**Direktor: Prof. Dr. med. H. E. Klein**

Auskunft erteilt: DP R. Schmid  
Telefon: 0941 / 941-0  
Durchwahl: 0941 941-1622  
Telefax: 0941 941-1605  
e-mail: Rita.Schmid@medbo.de  
Internet: www.medbo.de  
Datum:

## **Information zur Fragebogenstudie „Belastungen, Bewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von schizophren oder depressiv erkrankten Patienten und ihren Angehörigen“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen unserer Bemühungen um Verbesserungen im Bereich der Patientenversorgung und Angehörigenarbeit wird ab September 2004 bis Frühjahr 2005 eine Befragung von Patienten und ihren Angehörigen an unserer Klinik durchgeführt. Ziel dieser Befragung ist, durch bessere Kenntnis der Belastungen und Situation von Patient und Angehörigen klinisch relevante Konsequenzen für die erfolgreiche Behandlung unserer Patienten und die Unterstützung ihrer Angehörigen zu ziehen.

Mit dieser Studie ist für Sie und Ihre Station aber kein wesentlicher Mehraufwand verbunden. Alle schizophrenen Patienten werden von Frau Tanja Neuner, gegenwärtig noch Psychologiestudentin, auf ihren Stationen einzeln aufgesucht und ggf. beim Ausfüllen der Fragebögen unterstützt. Unsere depressiven Patienten werden entsprechend von Frau Sandra Erndt, Medizinstudentin, aufgesucht. Frau Neuner und Frau Erndt bitten die Patienten ferner um die Adresse des ihnen am nächsten stehenden Angehörigen, so dass auch diesem der Fragebogen (mit einem portofreien Rückkuvert) zugesandt werden kann. Die für unsere Auswertung wichtige Zuordnung der Daten von Patient und Angehörige erfolgt über einen in der Fußzeile der Fragebögen nummerierten Code. Dadurch ist keine Namensangabe – weder die des Patienten noch des Angehörigen – notwendig und die Anonymität der Auswertung gewährleistet. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Regensburg genehmigt.

Wir bitten Sie um Unterstützung dieser Fragebogenstudie, indem Sie ggf. Ihre Patienten zum Ausfüllen der Bögen motivieren. Ein Exemplar des Fragebogens für schizophren erkrankte Patienten sowie der Informationsblätter für Patient und Angehörigen legen wir diesem Schreiben zu Ihrer Information bei. Für Rückfragen steht Ihnen Frau Dipl.-Psych. R. Schmid (Tel. 1622) gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. H.E. Klein  
Direktor der Klinik

Dr. med. H. Spießl  
Oberarzt

R. Schmid  
Dipl.-Psych. Dipl. Theol.



**An die  
Stationsleiterinnen und Stationsleiter  
der allgemeinpsychiatrischen Stationen**

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie der Universität am  
Bezirksklinikum Regensburg**

**Direktor: Prof. Dr. med. H. E. Klein**

Auskunft erteilt: DP R. Schmid  
Telefon: 0941 / 941-0  
Durchwahl: 0941 941-1622  
Telefax: 0941 941-1605  
e-mail: Rita.Schmid@medbo.de  
Internet: www.medbo.de  
Datum:

**Information zur Fragebogenstudie  
„Belastungen, Bewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität  
von schizophren oder depressiv erkrankten Patienten und ihren Angehörigen“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen unserer Bemühungen um Verbesserungen im Bereich der Patientenversorgung und Angehörigenarbeit wird ab September 2004 bis Frühjahr 2005 eine Befragung von Patienten und ihren Angehörigen an unserer Klinik durchgeführt. Ziel dieser Befragung ist, durch bessere Kenntnis der Belastungen und Situation von Patient und Angehörigen klinisch relevante Konsequenzen für die erfolgreiche Behandlung unserer Patienten und die Unterstützung ihrer Angehörigen zu ziehen.

Mit dieser Studie ist für Sie und Ihre Station aber kein wesentlicher Mehraufwand verbunden. Alle schizophrenen Patienten werden von Frau Tanja Neuner, gegenwärtig noch Psychologiestudentin, auf ihren Stationen einzeln aufgesucht und ggf. beim Ausfüllen der Fragebögen unterstützt. Unsere depressiven Patienten werden entsprechend von Frau Sandra Erndt, Medizinstudentin, aufgesucht. Frau Neuner und Frau Erndt bitten die Patienten ferner um die Adresse des ihnen am nächsten stehenden Angehörigen, so dass auch diesem der Fragebogen (mit einem portofreien Rückkuvert) zugesandt werden kann. Die für unsere Auswertung wichtige Zuordnung der Daten von Patient und Angehörige erfolgt über einen in der Fußzeile der Fragebögen nummerierten Code. Dadurch ist keine Namensangabe – weder die des Patienten noch des Angehörigen – notwendig und die Anonymität der Auswertung gewährleistet. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Regensburg genehmigt.

Wir bitten Sie um Unterstützung dieser Fragebogenstudie, indem Sie ggf. Ihre Patienten zum Ausfüllen der Bögen motivieren. Ein Exemplar des Fragebogens für schizophren erkrankte Patienten sowie der Informationsblätter für Patient und Angehörigen legen wir diesem Schreiben zu Ihrer Information bei. Für Rückfragen steht Ihnen Frau Dipl.-Psych. R. Schmid (Tel. 1622) gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. H.E. Klein  
Direktor der Klinik

Dr. med. H. Spießl  
Oberarzt

R. Schmid  
Dipl.-Psych. Dipl. Theol.



## Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg

**Direktor: Prof. Dr. med. H. E. Klein**

Auskunft erteilt: DP Rita Schmid  
 Telefon: 0941 / 941-0  
 Durchwahl: 0941 941-1622  
 Telefax: 0941 941-1605  
 e-mail: [Rita.schmid@medbo.de](mailto:Rita.schmid@medbo.de)  
 Internet: [www.medbo.de](http://www.medbo.de)  
 Datum:

### Patienteninformation zur Fragebogenstudie

#### „Belastungen, Bewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von psychiatrischen Patienten und ihren Angehörigen“

Sehr geehrte/r Frau / Herr

im Rahmen unserer Bemühungen um Verbesserungen im Bereich der Patientenversorgung und Angehörigenarbeit wird eine Befragung von Patienten und ihren Angehörigen an unserer Klinik durchgeführt. Ziel dieser Befragung ist, durch bessere Kenntnis der Belastungen und Situation von Patient und Angehörigen klinisch relevante Konsequenzen für Ihre erfolgreiche Behandlung und die Unterstützung Ihrer Angehörigen zu ziehen.

Sie erhalten von uns einen Fragebogen, den wir Sie bitten auszufüllen und in beigelegtes Kuvert zu legen. Wir holen den Fragebogen bei Ihnen auf der Station ab. Ihre Therapeuten sind über diese Befragung informiert und sprechen gerne mit Ihnen über Fragen und Probleme, die Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens bewusst wurden.

Ferner wollen wir gerne auch Ihrem nächsten Angehörigen einen Fragebogen zusenden, den dieser uns an dann in einem portofreiem Rückumschlag – ebenfalls anonym – zurücksenden kann. Die Teilnahme an dieser Studie ist also freiwillig und anonym. Die für unsere Auswertung wichtige Zuordnung der Daten von Patient und Angehörigen erfolgt über einen in der Fußzeile der Fragebögen nummerierten Code. Dadurch ist keine Namensangabe – weder von Ihnen noch von Ihrem Angehörigen – notwendig und die Anonymität bei der Auswertung gewährleistet. Vertraulichkeit und Datenschutz sind gewährleistet. Für Fragen steht Ihnen gerne Frau Dipl.-Psych. R. Schmid (Tel. 0941/941-1622) zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme!  
 Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. H.E. Klein  
 Direktor der Klinik

Dr. med. H. Spießl  
 Oberarzt der Klinik

R. Schmid  
 Diplom-Psychologin

**Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität,  
Belastungserleben und Bewältigungsverhalten  
infolge einer Erkrankung**  
(Patientenversion)

**Teil 1: Fragebogen zu Ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung  
(ZUF-8 ergänzt)**

**1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?**

- ☐ ausgezeichnet      ☐ gut      ☐ mäßig      ☐ schlecht

**2. Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?**

- ☐ eindeutig nicht      ☐ ich glaube nicht      ☐ ich glaube ja      ☐ eindeutig ja

**3. In welchem Maße hat unsere Klinik den Bedürfnissen entsprochen?**

- ☐ sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen  
☐ sie hat den meisten meiner Bedürfnissen entsprochen  
☐ sie hat den wenigsten meiner Bedürfnisse entsprochen  
☐ sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen

**4. Würden Sie einem Freund (einer Freundin) unsere Klinik empfehlen, wenn er  
(oder sie) eine ähnliche Hilfe benötigen würde?**

- ☐ eindeutig nicht      ☐ ich glaube nicht      ☐ ich glaube ja      ☐ eindeutig ja

**5. Wie zufrieden sind Sie über das Ausmaß der Hilfe, welches Sie hier erhalten  
haben?**

- ☐ ziemlich unzufrieden  
☐ leicht unzufrieden  
☐ weitgehend zufrieden  
☐ sehr zufrieden

**6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?**

- ☐ ja, sie half eine Menge
- ☐ ja, sie half etwas
- ☐ nein, sie half eigentlich nicht
- ☐ nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht

**7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?**

- ☐ sehr zufrieden
- ☐ weitgehend zufrieden
- ☐ leicht unzufrieden
- ☐ ziemlich unzufrieden

**8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie wieder Hilfe bräuchten?**

- ☐ eindeutig nicht
- ☐ ich glaube nicht
- ☐ ich glaube ja
- ☐ eindeutig ja

**9. Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme)?**

- ☐ viel besser
- ☐ ein wenig besser
- ☐ ein wenig schlechter
- ☐ viel schlechter

**10. Was hat Ihnen an unserer Klinik am wenigsten gefallen?**

---

---

**11. Was hat Ihnen an unserer Klinik am besten gefallen?**

---

---

**12. Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?**

---

---

## Teil 2: Fragebogen zur Ihrer Befindlichkeit unter Medikation (SWN-K)

Bitte beachten Sie:

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die vergangenen 7 Tage;  
bitte kreuzen Sie die entsprechende Beurteilung an

	Überhaupt nicht	Sehr wenig	Wenig	Deutlich	Stark	Sehr stark
1) Ich fühle mich ohnmächtig und ohne Kontrolle über mich.	1	2	3	4	5	6
2) Ich fühle mich in meinem Körper sehr wohl.	1	2	3	4	5	6
3) Das Denken fällt mir leicht.	1	2	3	4	5	6
4) Ich habe keine Hoffnung; sehe meine Zukunft schwarz.	1	2	3	4	5	6
5) Ich empfinde meinen Körper als mir zugehörig und vertraut.	1	2	3	4	5	6
6) Ich habe große Hemmungen, Menschen anzusprechen und Kontakt mit ihnen aufzunehmen.	1	2	3	4	5	6
7) Ich bin einfallsreich und voller Phantasie.	1	2	3	4	5	6
8) Ich empfinde meine Umwelt als vertraut und freundlich.	1	2	3	4	5	6
9) Ich empfinde mich kraftlos und erschöpft.	1	2	3	4	5	6
10) Meine Gedanken und Empfindungen sind flach; alles ist mir gleichgültig.	1	2	3	4	5	6
11) Mein Denken ist mühsam und zäh.	1	2	3	4	5	6
12) Mein Gefühl und Verhalten ist den Anlässen nicht angemessen. Über Kleinigkeiten rege ich mich auf; wichtige Ereignisse berühren mich kaum.	1	2	3	4	5	6
13) Der Kontakt zu Menschen in meiner Umgebung fällt mir leicht.	1	2	3	4	5	6
14) Ich empfinde meine Umwelt als verändert, fremd und bedrohlich.	1	2	3	4	5	6
15) Ich kann mich gut abgrenzen gegenüber anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6
16) Meinen Körper empfinde ich als Last.	1	2	3	4	5	6
17) Meine Gedanken sind sprunghaft und ungerichtet; ein geordnetes Denken fällt mir schwer.	1	2	3	4	5	6
18) Was um mich herum geschieht, interessiert mich und ist mir wichtig.	1	2	3	4	5	6
19) Mein Gefühl und Verhalten ist den Anlässen angemessen.	1	2	3	4	5	6
20) Ich habe große Zuversicht, alles wird gut.	1	2	3	4	5	6

### Teil 3: Fragebogen zu Erhebung der Lebensqualität (WHOQOL-BREF)

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben **während der vergangenen zwei Wochen.**

#### Beispielfrage:

So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
<b>Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen. Wenn Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen überwiegend die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen, **kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 4 an.**

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
<b>Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input checked="" type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

Wenn Sie während der letzten zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen, überhaupt nicht erhalten haben, **kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 1 an.**



Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen 2 Wochen gefühlt haben und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

  

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen 2 Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
3. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
4. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
5. Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
6. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
7. Wie gut können Sie sich konzentrieren?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
8. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
9. Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Über- wiegend	Völlig
10.	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
11.	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
12.	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
13.	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
14.	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
15.	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Sehr unzufrieden	Un- zufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
16.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
17.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
18.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
19.	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

		Sehr unzufrieden	Un- zufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
20.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
21.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
22.	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
23.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
24.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
25.	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

In der folgenden Frage geht es darum, wie oft sich während der vergangenen 2 Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
26.	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

**Teil 4:****Fragebogen zur Erhebung von Kontroll-  
überzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)**

trifft sehr zu						
trifft zu						
trifft etwas zu						
trifft eher nicht zu						
trifft nicht zu						
trifft gar nicht zu						

- |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Wenn ich mich körperlich nicht wohl fühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben.                   | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 2) Wenn ich Beschwerden habe, suche ich gewöhnlich einen Arzt auf.  | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 3) Ob meine Beschwerden länger andauern, hängt vor allem vom Zufall ab.                                     | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 4) Wenn ich mich körperlich wohlfühle, dann verdanke ich dies vor allem den Ratschlägen und Hilfen anderer. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 5) Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepasst.                    | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 6) Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat.  | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 7) Körperliche Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen:<br>Wenn ich Pech habe, sind sie plötzlich da.    | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 8) Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden.  | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 9) Wenn es das Schicksal so will, dann bekomme ich körperliche Beschwerden.                                 | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 10) Wenn bei mir Beschwerden auftreten, bitte ich einen Fachmann, mir zu helfen.                            | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 11) Ob es mir gut geht oder nicht, lässt sich nicht beeinflussen.   | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 12) Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden.                         | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |

trifft sehr zu  
trifft zu  
trifft etwas zu  
trifft eher nicht zu  
trifft nicht zu  
trifft gar nicht zu

13) Ob Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14) Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich von anderen beraten lasse.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15) Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine Beschwerden wieder verschwinden.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16) Wenn ich genügend über mich weiß, kann ich mir bei Beschwerden selbst helfen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17) Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, dass ich mir selbst helfen kann.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18) Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

19) Ich bin der Meinung, dass Glück und Zufall eine große Rolle für mein körperliches Befinden spielen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

20) Wenn ich mich unwohl fühle, wissen andere am besten, was mir fehlt.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

21) Es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

## Teil 5: Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Bitte rufen Sie sich die Zeit ins Gedächtnis, als Ihnen Ihre Diagnose mitgeteilt wurde. Wir wollen im folgenden genauer erfahren, wie es Ihnen damals erging, was Sie gedacht, gefühlt und getan haben und wie weit Ihnen dies geholfen hat, um mit der Situation fertig zu werden.

Wir wissen aus vielen Gesprächen mit Patienten, dass es sehr verschiedene, sich zum Teil widersprechende, unter Umständen auch rasch wechselnde Gefühle, Gedanken und Handlungen sein können, die in den **Tagen und Wochen nach dieser Nachricht** auftreten. Wir möchten Sie daher bitten, bei den folgenden Aussagen alles anzukreuzen, was in diesem Zeitraum für Sie persönlich aus heutiger Sicht zutrifft. Zu diesem Zweck finden Sie im folgenden Aussagen, wie sie von Patienten für diese Situation geäußert wurden.

Bitte prüfen Sie für jede der folgenden Aussagen, wie stark sie für Ihre damalige Situation zutrifft. Kreuzen Sie bitte für **jede Aussage** eine Zahl an, die für Sie am ehesten stimmt.

	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
1. Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen .....	1	2	3	4	5
2. Nicht-Wahrhaben-Wollen des Geschehenen .....	1	2	3	4	5
3. Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite .....	1	2	3	4	5
4. Wunschträumen und Tagträumen nachhängen .....	1	2	3	4	5
5. Sich selbst die Schuld geben .....	1	2	3	4	5
6. Andere verantwortlich machen .....	1	2	3	4	5
7. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen .....	1	2	3	4	5
8. Einen Plan machen und danach handeln .....	1	2	3	4	5
9. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren .....	1	2	3	4	5
10. Gefühle nach außen zeigen .....	1	2	3	4	5
11. Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung .....	1	2	3	4	5

	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel .....	1	2	3	4	5
13. Sich mehr gönnen .....	1	2	3	4	5
14. Sich vornehmen, intensiver zu leben .....	1	2	3	4	5
15. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen .....	1	2	3	4	5
16. Sich selbst bemitleiden .....	1	2	3	4	5
17. Sich selbst Mut machen .....	1	2	3	4	5
18. Erfolge und Selbstbestätigung suchen .....	1	2	3	4	5
19. Sich selbst abzulenken versuchen .....	1	2	3	4	5
20. Abstand zu gewinnen versuchen .....	1	2	3	4	5
21. Die Krankheit als Schicksal annehmen .....	1	2	3	4	5
22. Ins Grübeln kommen .....	1	2	3	4	5
23. Trost im religiösen Glauben suchen .....	1	2	3	4	5
24. Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen .....	1	2	3	4	5
25. Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat .....	1	2	3	4	5
26. Mit dem Schicksal hadern .....	1	2	3	4	5
27. Genau den ärztlichen Rat befolgen .....	1	2	3	4	5
28. Vertrauen in die Ärzte setzen .....	1	2	3	4	5

	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
29. Den Ärzten misstrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen .....	1	2	3	4	5
30. Anderen Gutes tun wollen .....	1	2	3	4	5
31. Galgenhumor entwickeln .....	1	2	3	4	5
32. Hilfe anderer in Anspruch nehmen .....	1	2	3	4	5
33. Sich gerne umsorgen lassen .....	1	2	3	4	5
34. Sich von anderen Menschen zurückziehen .....	1	2	3	4	5
35. Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen .....	1	2	3	4	5

Wenn Sie sich die obigen 35 Aussagen vergegenwärtigen, was hat Ihnen damals **am meisten geholfen**, um mit der Erkrankung und ihren Auswirkungen fertig zu werden?

Gehen Sie dazu bitte noch einmal die obigen 35 Aussagen durch und tragen Sie die Nummern der entsprechenden Aussagen ein (nach der Reihenfolge ihrer Bedeutung für Sie persönlich, d.h. auf Platz 1 das, was Ihnen am meisten geholfen hat, usw.):

1. Nr. \_\_\_\_\_

2. Nr. \_\_\_\_\_

3. Nr. \_\_\_\_\_



## Teil 6: Fragebogen zum Belastungserleben

In diesem Fragebogen-Teil geht es darum, wie Sie die Veränderungen im Leben Ihres Angehörigen infolge Ihrer Erkrankung einschätzen. Beurteilen Sie bitte die Situation desjenigen Angehörigen, mit dem Sie am meisten in Kontakt sind:

### 1. Zeitlicher Betreuungsaufwand

**Mit den folgenden Fragen wollen wir zunächst Veränderungen in der Tagesstruktur / Zeitplanung Ihres Angehörigen erheben.**

- 1.1 Wie viele Stunden **pro Woche** unterstützt Sie im Durchschnitt Ihr Angehöriger infolge Ihrer Erkrankung (z.B. durch Gespräche, Hausarbeit, Fahrten zum Arzt / Therapeuten, bei behördlichen Erledigungen)?

- ☐ Weniger als eine Stunde pro Woche
- ☐ 1 bis 3 Stunden pro Woche
- ☐ 4 bis 6 Stunden pro Woche
- ☐ 7 bis 10 Stunden pro Woche
- ☐ 11 bis 15 Stunden pro Woche
- ☐ mehr als 15 Stunden pro Woche

- 1.2. Wie belastend schätzen Sie insgesamt den zeitlichen Aufwand Ihres Angehörigen infolge Ihrer Erkrankung ein?

- ☐ Extrem stark belastend
- ☐ Stark belastend
- ☐ Wenig belastend
- ☐ Nicht belastend

### 2. Finanzielle Belastungen

**Mit den folgenden Fragen wollen wir herausfinden, ob Ihre psychische Erkrankung für Ihren Angehörigen oder seine Familie finanzielle Konsequenzen hat.**

- 2.1 Wie hoch ist der durchschnittliche finanzielle Beitrag Ihres Angehörigen **im Monat** zu Ihrer Lebenshaltung (Taschengeld, Kosten für Medikamente, Fahrtkosten, Miete)?

- ☐ Keine finanzielle Unterstützung
- ☐ Weniger als 50 Euro
- ☐ 51 bis 100 Euro
- ☐ 101 bis 200 Euro
- ☐ 201 bis 300 Euro
- ☐ 301 bis 500 Euro
- ☐ mehr als 500 Euro

2.2 Wie belastend schätzen Sie insgesamt die finanziellen Aufwendungen Ihres Angehörigen infolge der Erkrankung ein?

- ☐ Extrem stark belastend
- ☐ Stark belastend
- ☐ Wenig belastend
- ☐ Nicht belastend

### 3. Berufliche Belastungen

**Erkrankungen eines Familienmitgliedes können auch berufliche Veränderungen bedingen:**

3.1 Hat Ihr Angehöriger berufliche Belastungen infolge Ihrer Erkrankung (z.B. vermehrter Stress in der Arbeit, Wechsel von Vollzeit- auf Teilzeitbeschäftigung) ?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3.2 Wie belastend schätzen Sie insgesamt die beruflichen Veränderungen Ihres Angehörigen infolge Ihrer Erkrankung ein?

- ☐ Extrem stark belastend
- ☐ Stark belastend
- ☐ Wenig belastend
- ☐ Nicht belastend

### 4 Gesundheitliche Belastungen

**Die Fürsorge für einen Menschen mit psychischen Problemen kann Auswirkungen auf das eigene körperliche oder psychische Wohlbefinden haben.**

4.1 Ergaben sich für Ihren Angehörigen eigene gesundheitliche Belastungen infolge Ihrer Erkrankung wie z.B. Erschöpfung, Schlafstörungen, depressive Verstimmung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4.2 Wie belastend schätzen Sie insgesamt den gesundheitlichen Zustand Ihres Angehörigen infolge Ihrer Erkrankung ein?

- ☐ Extrem stark belastend
- ☐ Stark belastend
- ☐ Wenig belastend
- ☐ Nicht belastend

## 5. Einschränkungen in der Freizeitgestaltung

**Von Ihrer Erkrankung kann auch die Freizeitgestaltung Ihres Angehörigen betroffen sein.**

- 5.1. Musste Ihr Angehöriger infolge Ihrer Erkrankung seine Freizeitbeschäftigungen einschränken?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie häufig?

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft

- 5.2. Wie belastend schätzen Sie insgesamt die Einschränkungen Ihres Angehörigen in seiner Freizeitgestaltung infolge Ihrer Erkrankung ein?

- ☐ Extrem stark belastend
- ☐ Stark belastend
- ☐ Wenig belastend
- ☐ Nicht belastend

## 6. Emotionale Belastungen

**Die folgenden Fragen betreffen mögliche Sorgen und Ängste Ihres Angehörigen, die Ihre Erkrankung mit sich bringen kann:**

- 6.1. Hat Ihr Angehöriger eigene emotionale Belastungen infolge Ihrer Erkrankung wie z.B. Hilflosigkeit, Einsamkeit, Zukunftsängste, Angst vor Rückfall, Angst vor Aggressionen, Schuldgefühle?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- 6.2. Wie belastend schätzen Sie die in Punkt 6.1 von Ihnen genannten Gefühle insgesamt für Ihren Angehörigen ein?

- ☐ Extrem stark belastend
- ☐ Stark belastend
- ☐ Wenig belastend
- ☐ Nicht belastend

## 7. Belastungen infolge mangelnder institutioneller Unterstützung

**Mit den folgenden Fragen wollen wir die Erfahrungen Ihres Angehörigen mit den medizinisch- therapeutischen Leistungen und dem Versorgungssystem erheben:**

- 7.1. Hat Ihr Angehöriger Belastungen im Hinblick auf fehlende institutionelle Unterstützung wie z.B. mangelnde Informationen über die Erkrankung und Behandlung, mangelnde Beteiligung bei Entscheidungen, wohnortferne Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- 7.2. Wie belastend schätzen Sie die in 7.1 genannten Aspekte insgesamt für Ihren Angehörigen ein?

- ☐ Extrem stark belastend  
☐ Stark belastend  
☐ Wenig belastend  
☐ Nicht belastend

8. Welcher der genannten Aspekte stellte Ihrer Einschätzung nach für Ihren Angehörigen im letzten Jahr die größte Belastung dar?

\_\_\_\_\_

9. Hatten Sie unabhängig von Ihrer Erkrankung im letzten Jahr weitere starke Belastungen (z.B. Pflege eines alten Menschen, Fürsorge für kleine Kinder)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

10. Gab es infolge Ihrer Erkrankung auch positive Veränderungen in Ihrem Leben?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?

- ☐ Sehr zufrieden  
☐ Zufrieden  
☐ Unzufrieden  
☐ Sehr Unzufrieden

**Teil 7: Einige abschließende Fragen:**

Wie viele Personen, Sie eingeschlossen, leben in Ihrem Haushalt? \_\_\_\_\_ Personen

Wie groß ist die Entfernung zwischen Ihrem Wohnort und der Klinik?

- ☐ bis 20 km      ☐ bis 50 km      ☐ mehr als 50 km

Wie hoch ist Ihr monatliches Familien-Netto-Einkommen?

- ☐ bis 1.500 Euro      ☐ bis 2.000 Euro      ☐ bis 3.000 Euro      ☐ über 3.000 Euro

Haben Sie bereits ein- oder mehrmals eine Selbsthilfegruppe besucht? ☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich einer kirchlichen / spirituellen Gruppe verbunden? ☐ ja ☐ nein

Mit wie vielen Menschen fühlen Sie sich eng verbunden? (bei „keine“ bitte „0“ einfügen)

\_\_\_\_\_ Verwandte (ohne Kinder) \_\_\_\_\_ Freunde

Wie viele Ihrer engen Freunde oder Verwandten treffen Sie mindestens einmal pro Monat (bei „keine“ bitte „0“ einfügen)?

\_\_\_\_\_

Wie häufig verbringen Sie Ihre Freizeit mit folgenden Gruppen?

	Mehr als 4mal im Monat	Bis zu 4mal im Monat	Ein paar mal im Jahr
Sportverein:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobby-Club (z.B. Musikverein):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchliche/karitative Vereinigung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Fragebogens geholfen? ☐ ja ☐ nein

Wie lange hat es gedauert, den Fragebogen auszufüllen? \_\_\_\_\_ Minuten

Überprüfen Sie nun bitte noch einmal alle Fragen auf Ihre vollständige Beantwortung. Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in beiliegenden Rückumschlag und geben den zugeklebten Umschlag im Stationszimmer zur Weiterleitung per Hauspost an Frau Dipl.-Psych. R. Schmid / Postfach 88 ab.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



## Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg

**Direktor: Prof. Dr. med. H. E. Klein**

Auskunft erteilt: DP R. Schmid  
 Telefon: 0941 / 941-0  
 Durchwahl: 0941 941-1622  
 Telefax: 0941 941-1605  
 e-mail: Rita.Schmid@medbo.de  
 Internet: www.medbo.de  
 Datum:

### Einverständniserklärung zur Fragebogenstudie

#### „Belastungen, Bewältigungsstrategien und Lebensqualität von psychiatrischen Patienten und ihren Angehörigen“

Ich wurde über die Fragebogenstudie informiert und habe den Informationsbrief gelesen. Ich möchte an der Fragebogenstudie teilnehmen und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich jederzeit von meiner Teilnahme zurücktreten und mein Einverständnis zur Teilnahme widerrufen kann. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein(e) Angehöriger einen Fragebogen an unten genannte Adresse zugesandt bekommt.

**Ich wurde darüber informiert, dass die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen eingehalten werden und erhobene Daten nur zur wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden dürfen.**

Seine Teilnahme erfolgt ebenfalls freiwillig und anonym.

Anschrift (Telefon-Nr.) meines Angehörigen:

---



---



---

Ort und Datum

Unterschrift Patient

Dr. H. Spießl  
 Studienleiter (Tel. 0941/941-1604)

Dipl.-Psych. R. Schmid  
 Stellvertr. Studienleiterin (Tel. 0941/941-1622)



## Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg

**Direktor: Prof. Dr. med. H. E. Klein**

Auskunft erteilt: DP Rita Schmid  
 Telefon: 0941 / 941-0  
 Durchwahl: 0941 941-1622  
 Telefax: 0941 941-1605  
 e-mail: Rita.Schmid@medbo.de  
 Internet: www.medbo.de  
 Datum:

### Befragung von Patienten und ihren Angehörigen

Sehr geehrte Frau / sehr geehrter Herr

im Rahmen unserer Bemühungen um Verbesserungen im Bereich der Patientenversorgung und Angehörigenunterstützung soll neben einer Befragung von Patienten auch eine Befragung von Angehörigen bzgl. ihrer Belastungen infolge der Erkrankung ihres Familienmitgliedes, Bewältigungsstrategien, Behandlungszufriedenheit und ihrer Lebensqualität durchgeführt werden. Ziel dieser Befragung ist, durch bessere Kenntnis der Situation von Patient und Angehörigen klinisch relevante Konsequenzen für eine erfolgreiche Behandlung des Patienten und Ihre Unterstützung als Angehörige in der psychiatrischen Klinik zu ziehen.

Ihr erkranktes Familienmitglied hat Ihrer Befragung zugestimmt und uns Ihre Adresse genannt. Wir bitten Sie deshalb den beiliegenden Fragebogen ausgefüllt in beiliegendem portofreien Rückkuvert an uns zurückzusenden. Die Befragung erfolgt freiwillig und anonym, eine Nicht-Teilnahme hat keinerlei Einfluss auf die Behandlung Ihres Angehörigen. Die für unsere Auswertung wichtige Zuordnung der Daten von Patient und Angehörigen erfolgt über einen in der Fußzeile der Fragebögen nummerierten Code. Dadurch ist keine Namensangabe – weder von Ihnen noch von Ihrem erkrankten Familienangehörigen – notwendig und die Anonymität gewährleistet. Für eventuelle Fragen steht Ihnen gerne Frau Dipl.-Psych. R. Schmid (Tel. 0941/941-1622) zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. H.E. Klein  
 Direktor der Klinik

R. Schmid  
 Diplom-Psychologin

**Fragebogen zum Belastungserleben, Bewältigungsverhalten, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität  
infolge einer Erkrankung  
(Angehörigenversion)**

**Teil 1: Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung  
(ZUF-8 ergänzt)**

**1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, welche Ihr Angehöriger bisher erhalten hat?**

- ☐ ausgezeichnet    ☐ gut    ☐ mäßig    ☐ schlecht

**2. Hat Ihr Angehöriger die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?**

- ☐ eindeutig nicht    ☐ ich glaube nicht    ☐ ich glaube ja    ☐ eindeutig ja

**3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?**

- ☐ sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen  
☐ sie hat den meisten meiner Bedürfnissen entsprochen  
☐ sie hat den wenigsten meiner Bedürfnisse entsprochen  
☐ sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen

**4. Würden Sie einem Freund (einer Freundin) unsere Klinik empfehlen, wenn er (oder sie) eine ähnliche Hilfe benötigen würde?**

- ☐ eindeutig nicht    ☐ ich glaube nicht    ☐ ich glaube ja    ☐ eindeutig ja

**5. Wie zufrieden sind Sie über das Ausmaß der Hilfe, welches Ihr Angehöriger hier erhalten hat?**

- ☐ ziemlich unzufrieden  
☐ leicht unzufrieden  
☐ weitgehend zufrieden  
☐ sehr zufrieden



**6. Hat die Behandlung, die Ihr Angehöriger hier erhielt, ihm geholfen, angemessener mit seinen Problemen infolge der Erkrankung umzugehen?**

- ☐ ja, sie half eine Menge
- ☐ ja, sie half etwas
- ☐ nein, sie half eigentlich nicht
- ☐ nein, sie hat ihm die Dinge schwerer gemacht

**7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Ihr Angehöriger erhalten hat, im Großen und Ganzen?**

- ☐ sehr zufrieden
- ☐ weitgehend zufrieden
- ☐ leicht unzufrieden
- ☐ ziemlich unzufrieden

**8. Würden Sie in unsere Klinik kommen, wenn sie Hilfe bräuchten?**

- ☐ eindeutig nicht
- ☐ ich glaube nicht
- ☐ ich glaube ja
- ☐ eindeutig ja

**9. Wie geht es Ihrem Angehörigen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme)?**

- ☐ viel besser
- ☐ ein wenig besser
- ☐ ein wenig schlechter
- ☐ viel schlechter

**10. Was hat Ihnen an unserer Klinik am wenigsten gefallen?**

---

---

**11. Was hat Ihnen an unserer Klinik am besten gefallen?**

---

---

**12. Welche Anmerkungen haben Sie außerdem?**

---

---

## Teil 2: Fragebogen zu Erhebung der Lebensqualität (WHOQOL-BREF)

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben **während der vergangenen zwei Wochen.**

### Beispielfrage:

So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
<b>Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen. Wenn Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen überwiegend die Unterstützung erhalten haben, die Sie brauchen, **kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 4 an.**

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
<b>Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen?</b>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input checked="" type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

Wenn Sie während der letzten zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung, die Sie brauchen, überhaupt nicht erhalten haben, **kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 1 an.**

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen 2 Wochen gefühlt haben und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

  

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen 2 Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
3. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
4. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
5. Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
6. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
7. Wie gut können Sie sich konzentrieren?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
8. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
9. Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

	<b>Überhaupt nicht</b>	<b>Eher nicht</b>	<b>Halbwegs</b>	<b>Über- wiegend</b>	<b>Völlig</b>
10. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
11. Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
12. Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
13. Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
14. Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

	<b>Sehr schlecht</b>	<b>Schlecht</b>	<b>Mittelmäßig</b>	<b>Gut</b>	<b>Sehr gut</b>
15. Wie gut können Sie sich fortbewegen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

	<b>Sehr unzufrieden</b>	<b>Un- zufrieden</b>	<b>Weder zufrieden noch unzufrieden</b>	<b>Zufrieden</b>	<b>Sehr zufrieden</b>
16. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
17. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
18. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
19. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

	<b>Sehr unzufrieden</b>	<b>Un- zufrieden</b>	<b>Weder zufrieden noch unzufrieden</b>	<b>Zufrieden</b>	<b>Sehr zufrieden</b>
20. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
21. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
22. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
23. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
24. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
25. Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

In der folgenden Frage geht es darum, wie oft sich während der vergangenen 2 Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

	<b>Niemals</b>	<b>Nicht oft</b>	<b>Zeitweilig</b>	<b>Oftmals</b>	<b>Immer</b>
26. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

**Teil 3:****Fragebogen zur Erhebung von Kontroll-  
überzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)**

trifft sehr zu						
trifft zu						
trifft etwas zu						
trifft eher nicht						
trifft nicht zu						
trifft gar nicht						

- 1) Wenn ich mich körperlich nicht wohl fühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- 2) Wenn ich Beschwerden habe, suche ich gewöhnlich einen Arzt auf.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- 3) Ob meine Beschwerden länger andauern, hängt vor allem vom Zufall ab.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- 4) Wenn ich mich körperlich wohlfühle, dann verdanke ich dies vor allem den Ratschlägen und Hilfen anderer.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- 5) Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepasst.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- 6) Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- 7) Körperliche Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen: Wenn ich Pech habe, sind sie plötzlich da.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- 8) Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- 9) Wenn es das Schicksal so will, dann bekomme ich körperliche Beschwerden.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- 10) Wenn bei mir Beschwerden auftreten, bitte ich einen Fachmann, mir zu helfen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- 11) Ob es mir gut geht oder nicht, lässt sich nicht beeinflussen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- 12) Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

trifft sehr zu  
trifft zu  
trifft etwas zu  
trifft eher nicht  
trifft nicht zu  
trifft gar nicht

13) Ob Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14) Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich von anderen beraten lasse.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15) Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine Beschwerden wieder verschwinden.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16) Wenn ich genügend über mich weiß, kann ich mir bei Beschwerden selbst helfen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17) Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, dass ich mir selbst helfen kann.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18) Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

19) Ich bin der Meinung, dass Glück und Zufall eine große Rolle für mein körperliches Befinden spielen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

20) Wenn ich mich unwohl fühle, wissen andere am besten, was mir fehlt.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

21) Es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

## Teil 4: Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Bitte rufen Sie sich die Zeit ins Gedächtnis, als Ihrem Angehörigen seine Diagnose mitgeteilt wurde. Wir wollen im folgenden genauer erfahren, wie es Ihnen damals erging, was Sie gedacht, gefühlt und getan haben und wie weit Ihnen dies geholfen hat, um mit der Situation fertig zu werden.

Wir wissen aus vielen Gesprächen mit Angehörigen, dass es sehr verschiedene, sich zum Teil widersprechende, unter Umständen auch rasch wechselnde Gefühle, Gedanken und Handlungen sein können, die in den **Tagen und Wochen nach dieser Nachricht** auftreten. Wir möchten Sie daher bitten, bei den folgenden Aussagen alles anzukreuzen, was in diesem Zeitraum für Sie persönlich aus heutiger Sicht zutrifft. Zu diesem Zweck finden Sie im folgenden Aussagen, wie sie von Patienten für diese Situation geäußert wurden.

Bitte prüfen Sie für jede der folgenden Aussagen, wie stark sie für Ihre damalige Situation zutrifft. Kreuzen Sie bitte für **jede Aussage** eine Zahl an, die für Sie am ehesten stimmt.

	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
1. Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen .....	1	2	3	4	5
2. Nicht-Wahrhaben-Wollen des Geschehenen .....	1	2	3	4	5
3. Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite .....	1	2	3	4	5
4. Wunschträumen und Tagträumen nachhängen .....	1	2	3	4	5
5. Sich selbst die Schuld geben .....	1	2	3	4	5
6. Andere verantwortlich machen .....	1	2	3	4	5
7. Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen .....	1	2	3	4	5
8. Einen Plan machen und danach handeln .....	1	2	3	4	5
9. Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren .....	1	2	3	4	5
10. Gefühle nach außen zeigen .....	1	2	3	4	5
11. Gefühle unterdrücken. Selbstbeherrschung .....	1	2	3	4	5



	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
12. Stimmungsverbesserung durch Alkohol oder Beruhigungsmittel .....	1	2	3	4	5
13. Sich mehr gönnen .....	1	2	3	4	5
14. Sich vornehmen, intensiver zu leben .....	1	2	3	4	5
15. Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen .....	1	2	3	4	5
16. Sich selbst bemitleiden .....	1	2	3	4	5
17. Sich selbst Mut machen .....	1	2	3	4	5
18. Erfolge und Selbstbestätigung suchen .....	1	2	3	4	5
19. Sich selbst abzulenken versuchen .....	1	2	3	4	5
20. Abstand zu gewinnen versuchen .....	1	2	3	4	5
21. Die Krankheit als Schicksal annehmen .....	1	2	3	4	5
22. Ins Grübeln kommen .....	1	2	3	4	5
23. Trost im religiösen Glauben suchen .....	1	2	3	4	5
24. Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen .....	1	2	3	4	5
25. Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat .....	1	2	3	4	5
26. Mit dem Schicksal hadern .....	1	2	3	4	5
27. Genau den ärztlichen Rat befolgen .....	1	2	3	4	5
28. Vertrauen in die Ärzte setzen .....	1	2	3	4	5

	gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
29. Den Ärzten misstrauen, die Diagnose überprüfen lassen, andere Ärzte aufsuchen .....	1	2	3	4	5
30. Anderen Gutes tun wollen .....	1	2	3	4	5
31. Galgenhumor entwickeln .....	1	2	3	4	5
32. Hilfe anderer in Anspruch nehmen .....	1	2	3	4	5
33. Sich gerne umsorgen lassen .....	1	2	3	4	5
34. Sich von anderen Menschen zurückziehen .....	1	2	3	4	5
35. Sich auf frühere Erfahrungen mit ähnlichen Schicksalsschlägen besinnen .....	1	2	3	4	5

Wenn Sie sich die obigen 35 Aussagen vergegenwärtigen, was hat Ihnen damals **am meisten geholfen**, um mit der Erkrankung und ihren Auswirkungen fertig zu werden?

Gehen Sie dazu bitte noch einmal die obigen 35 Aussagen durch und tragen Sie die Nummern der entsprechenden Aussagen ein (nach der Reihenfolge ihrer Bedeutung für Sie persönlich, d.h. auf Platz 1 das, was Ihnen am meisten geholfen hat, usw.):

1. Nr. \_\_\_\_\_

2. Nr. \_\_\_\_\_

3. Nr. \_\_\_\_\_

## Teil 5: Fragebogen zum Belastungserleben

### 1. Zeitlicher Betreuungsaufwand

**Eine psychische Erkrankung kann vielfältige Veränderungen im Lebens des Betroffenen wie seines Angehörigen bedingen. Mit den folgenden Fragen wollen wir zunächst Veränderungen in Ihrer Tagesstruktur / Zeitplanung infolge der Erkrankung Ihres Angehörigen erheben.**

1.1. Wie viele Stunden **pro Woche** unterstützen Sie im Durchschnitt Ihren erkrankten Angehörigen bei der Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Maßnahmen (z.B. durch Gespräche, Hausarbeit, Fahrten zum Arzt / Therapeuten, Motivierung / Beaufsichtigung der täglichen Medikamenteneinnahme, Unterstützung bei behördlichen Erledigungen)?

- ☐ Weniger als eine Stunde pro Woche
- ☐ 1 bis 3 Stunden pro Woche
- ☐ 4 bis 6 Stunden pro Woche
- ☐ 7 bis 10 Stunden pro Woche
- ☐ 11 bis 15 Stunden pro Woche
- ☐ mehr als 15 Stunden pro Woche

1.2. Wie belastend schätzen Sie insgesamt Ihren zeitlichen Betreuungsaufwand ein?

- ☐ Extrem stark belastend
- ☐ Stark belastend
- ☐ Wenig belastend
- ☐ Nicht belastend

### 2. Finanzielle Belastungen

Mit den folgenden Fragen wollen wir herausfinden, ob die psychische Erkrankung Ihres Angehörigen für Sie oder Ihre Familie finanzielle Konsequenzen hat.

2.1 Wie hoch ist Ihr durchschnittlicher finanzieller Beitrag **im Monat** zur Lebenshaltung Ihres erkrankten Angehörigen (Taschengeld, Kosten für Medikamente, Fahrtkosten, Miete)?

- ☐ Keine finanzielle Unterstützung
- ☐ Weniger als 50 Euro
- ☐ 51 bis 100 Euro
- ☐ 101 bis 200 Euro
- ☐ 201 bis 300 Euro
- ☐ 301 bis 500 Euro
- ☐ mehr als 500 Euro

2.2 Wie belastend schätzen Sie insgesamt Ihre finanziellen Belastungen ein?

- ☐ Extrem stark belastend
- ☐ Stark belastend
- ☐ Wenig belastend
- ☐ Nicht belastend

### 3. Berufliche Belastungen

**Erkrankungen eines Familienmitgliedes können auch berufliche Veränderungen bedingen:**

3.1 Haben Sie berufliche Belastungen infolge der Erkrankung Ihres Angehörigen (z.B. vermehrter Stress in der Arbeit, Wechsel von Vollzeit- auf Teilzeitbeschäftigung)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3.2 Wie belastend schätzen Sie insgesamt die beruflichen Veränderungen infolge der Erkrankung Ihres Angehörigen ein?

- ☐ Extrem stark belastend
- ☐ Stark belastend
- ☐ Wenig belastend
- ☐ Nicht belastend

### 4 Gesundheitliche Belastungen

**Die Fürsorge für einen Menschen mit psychischen Problemen kann Auswirkungen auf das eigene körperliche oder psychische Wohlbefinden haben.**

4.1 Ergaben sich für Sie eigene gesundheitliche Belastungen infolge der Erkrankung Ihres Angehörigen wie z.B. Erschöpfung, Schlafstörungen, depressive Verstimmung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4.2 Wie belastend schätzen Sie insgesamt Ihren gesundheitlichen Zustand infolge der Erkrankung Ihres Angehörigen ein?

- ☐ Extrem stark belastend
- ☐ Stark belastend
- ☐ Wenig belastend
- ☐ Nicht belastend

## 5. Einschränkungen in der Freizeitgestaltung

**Von der Erkrankung kann auch Ihre Freizeitgestaltung betroffen sein. Die folgenden Fragen beziehen sich auf mögliche Einschränkungen für Sie als Angehörigen:**

- 5.1 Müssen Sie infolge der Erkrankung Ihres Angehörigen Ihre Freizeitbeschäftigungen einschränken?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie häufig?

- ☐ Nie  
☐ Selten  
☐ Manchmal  
☐ Oft

- 5.2. Wie belastend schätzen Sie insgesamt Ihre Einschränkungen in Ihrer Freizeitgestaltung infolge der Erkrankung Ihres Angehörigen ein?

- ☐ Extrem stark belastend  
☐ Stark belastend  
☐ Wenig belastend  
☐ Nicht belastend

## 6. Emotionale Belastungen

**Die folgenden Fragen betreffen mögliche Sorgen und Ängste von Ihnen, die die Erkrankung Ihres Angehörigen mit sich bringen kann:**

- 6.1. Haben Sie eigene emotionale Belastungen infolge der Erkrankung Ihres Angehörigen wie z.B. Hilflosigkeit, Einsamkeit, Zukunftsängste, Angst vor Rückfall, Angst vor Aggressionen, Schuldgefühle?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- 6.2. Wie belastend schätzen Sie die in Punkt 6.1 von Ihnen genannten Gefühle insgesamt ein?

- ☐ Extrem stark belastend  
☐ Stark belastend  
☐ Wenig belastend  
☐ Nicht belastend

## 7. Belastungen infolge mangelnder institutioneller Unterstützung

**Mit den folgenden Fragen wollen wir Ihre Erfahrungen mit den medizinisch-therapeutischen Leistungen und dem Versorgungssystem erheben:**

- 7.2. Haben Sie Belastungen im Hinblick auf fehlende institutionelle Unterstützung wie z.B. mangelnde Informationen über die Erkrankung und Behandlung, mangelnde Beteiligung bei Entscheidungen, wohnortferne Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- 7.3. Wie belastend schätzen Sie die in 7.1 genannten Aspekte insgesamt für sich ein?

- ☐ Extrem stark belastend  
☐ Stark belastend  
☐ Wenig belastend  
☐ Nicht belastend

## 8. Welcher der genannten Aspekte stellte für Sie im letzten Jahr die größte Belastung dar?

\_\_\_\_\_

## 9. Hatten Sie unabhängig von der Erkrankung Ihres Familienangehörigen im letzten Jahr weitere starke Belastungen (z.B. Pflege eines alten Menschen, Fürsorge für kleine Kinder)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## 10. Gab es infolge der Erkrankung Ihres Familienangehörigen auch positive Veränderungen in Ihrem Leben?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**11. Unterstützen Sie andere Familienmitglieder / Bekannte in Ihrer Fürsorge bzgl. Ihres erkrankten Angehörigen?**

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**12. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?**

- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden

**Zur differenzierten Auswertung Ihrer Angaben bitten wir Sie abschließend noch um Angaben zu Ihrer Person. Wir versichern Ihnen hier noch einmal ausdrücklich, dass die Daten absolut vertraulich behandelt werden und die Auswertung der Daten anonym erfolgt!**

**Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich

**Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre

**Welches ist Ihr höchster Schulabschluß?**

- ☐ Haupt/Volksschule ☐ Mittlere Reife/Realschule  
☐ Abitur/Fachabitur ☐ Universität/Hochschule

**Wie ist Ihre berufliche Situation?**

- ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Hausfrau / Hausmann  
☐ Arbeitslos ☐ nicht berufstätig / in Rente

**Welchen Familienstand haben Sie?**

- ☐ alleinstehend (ledig, verwitwet, geschieden)  
☐ zusammenlebend (verheiratet, in fester Beziehung lebend)

**In welcher Beziehung stehen Sie zum Patienten? Ich bin \_\_\_\_\_ des Patienten...**

- ☐ Ehepartner ☐ Mutter/Vater ☐ Tochter/Sohn  
☐ Geschwister ☐ Andere (z.B. Tante) ☐ Freund/in,  
nicht verwandt

**Leben Sie mit dem Patienten in einem Haushalt zusammen?**

- ☐ ja ☐ nein

**Wie viele Personen, Sie eingeschlossen, leben in Ihrem Haushalt?** \_\_\_\_\_ Personen

**Wie hoch ist Ihr monatliches Familien-Netto-Einkommen?**

- ☐ bis 1.500 Euro ☐ bis 2.000 Euro ☐ bis 3.000 Euro ☐ über 3.000 Euro

**Wie viele Stunden pro Woche sind Sie mit Ihrem erkrankten Angehörigen normalerweise in unmittelbarem Kontakt?**

- ☐ bis 35 Stunden ☐ über 35 Stunden

**Wie groß ist die Entfernung zwischen Ihrem Wohnort und der Klinik?**

- ☐ bis 20 km ☐ bis 50 km ☐ mehr als 50 km

**Sind Sie als Angehöriger auch gesetzlicher Betreuer Ihres Angehörigen?**

- ☐ ja ☐ nein



**Haben Sie bereits einmal oder mehrmals eine Angehörigengruppe besucht?**

☐ ja

☐ nein

**Fühlen Sie sich einer kirchlichen / spirituellen Gruppe verbunden?**

☐ ja

☐ nein

**Mit wie vielen Menschen fühlen Sie sich eng verbunden? (bei „keine“ bitte „0“ einfügen)**

\_\_\_\_ Verwandte (ohne Kinder) \_\_\_\_ Freunde

**Wie viele Ihrer engen Freunde oder Verwandten treffen Sie mindestens einmal pro Monat (bei „keine“ bitte „0“ einfügen)?**

\_\_\_\_\_

**Wie häufig verbringen Sie Ihre Freizeit mit folgenden Gruppen?**

	Mehr als 4mal im Monat	Bis zu 4mal im Monat	Ein paar mal im Jahr
Sportverein:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobby-Club (z.B. Musikverein):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchliche/karitative Vereinigung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Fragebogens geholfen?**

☐ Ja

☐ Nein

**Wie lange hat es gedauert, den Fragebogen auszufüllen?**

\_\_\_\_\_ Minuten

**Überprüfen Sie nun bitte noch einmal alle Fragen auf Ihre vollständige Beantwortung.**

**Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in beiliegenden Rückumschlag und senden den zugeklebten Umschlag an uns zurück.**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie  
der Universität  
am Bezirksklinikum Regensburg  
Direktor: Prof. Dr. med. H. E. Klein**

Auskunft erteilt: DP Rita Schmid  
Telefon: 0941 / 941-0  
Durchwahl: 0941 941-1622  
Telefax: 0941 941-1605  
e-mail: [Rita.Schmid@medbo.de](mailto:Rita.Schmid@medbo.de)  
Internet: [www.medbo.de](http://www.medbo.de)  
Datum:

## Befragung von Patienten und ihren Angehörigen

Sehr geehrte Frau / geehrter Herr XX,

im Rahmen unserer Bemühungen um Verbesserungen im Bereich der Patientenversorgung und Angehörigenunterstützung haben Sie vor einigen Wochen einen Fragebogen erhalten. Ziel dieser Befragung ist, durch bessere Kenntnis der Situation von Patient und Angehörigen Verbesserungen für die Behandlung des Patienten und Ihre Unterstützung als Angehörige in der psychiatrischen Klinik abzuleiten.

Leider haben wir von Ihnen noch keine Antwort erhalten. Ihre Meinung ist uns jedoch sehr wichtig! Nur wenn wir Ihre Meinung kennen, können wir Veränderungen anregen. Wir bitten Sie deshalb den beiliegenden Fragebogen ausgefüllt in beiliegendem portofreien Rückkuvert bis XX.XX.XX an uns zurückzusenden. Die Befragung erfolgt freiwillig und anonym, eine Nicht-Teilnahme hat keinerlei Einfluss auf die Behandlung Ihres Angehörigen. Die für unsere Auswertung wichtige Zuordnung der Daten von Patient und Angehörigen erfolgt über einen in der Fußzeile der Fragebögen nummerierten Code. Dadurch ist keine Namensangabe – weder von Ihnen noch von Ihrem erkrankten Familienangehörigen – notwendig und die Anonymität gewährleistet. Für eventuelle Fragen steht Ihnen gerne Frau Dipl.-Psych. R. Schmid (Tel. 0941/941-1622) zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. H.E. Klein  
Direktor der Klinik

Priv.-Doz. Dr. med. H. Spießl  
Oberarzt der Klinik

Dipl.-Psych. R. Schmid  
Klinische Psychologin

Tabelle I-1: Aufnahmebogen (Seite 1) der Psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN)

**BK REGENSBURG** **O = NUR EINE NENNUNG MÖGLICH** **BADO AUFNAHMEBOGEN**

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, um Rückfragen zu vermeiden**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_ AUFNAHME DATUM: \_\_\_\_\_ aufnehmende(r) Arzt/Ärztin, Psychologe/-in: \_\_\_\_\_

**KURZ-DOKU, weil**

**Übernahme aus eigener...** A2

☐ Tagklinik/ teilstationär

☐ Akutpsychiatrie/ vollstationär

☐ Pflege/ Forensik/ Sucht-Reha

wenn unverändert: nur 19., 20., 22., 23., 24., 25. u. 31. beantworten (schwarz unterlegt)

**Rückkehr nach...**

☐ Entweichung

☐ Beurlaubung

☐ Kurzfristiger KH-Verlegung

**1. Wohnsituation vor Aufnahme (1. Wohnsitz)** A4

☐ Privatwohnung, möbliertes Zimmer, auch WG

☐ betreutes Einzelwohnen/ betreute Wohngruppe

☐ therapeutisches/ psych. Heim, gerontopsych. Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/ Wohnheim, Nachtklinik

☐ Altenheim, Altenwohnheim, Altenpflegeheim

☐ sonstiges nicht-therapeutisches Heim, z.B. Berufsförderungswerk, Studentenwohnheim

☐ psychiatr. Krankenhaus, inkl. Nicht-KHG-Bereich

☐ Justizvollzugsanstalt

☐ ohne festen Wohnsitz/ obdachlos

☐ sonstige:

☐ unbekannt/ unklar

**2. Lebt zusammen mit (vor Aufnahme)** A5

☐ allein

☐ Eltern (teil) (auch Pflege-, Stiefeltern)

☐ (Ehe-)Partner

☐ Kind(ern) (auch Pflege-, Adoptivkinder)

☐ Schwester/ Bruder

☐ anderen Verwandten

☐ Bekannten, Wohngemeinschaft o. and.

☐ sonstige:

☐ unbekannt/ unklar

**3. Muttersprache** ZA5

☐ Deutsch

☐ andere; gute deutsche Sprachkenntnisse (Verständigung problemlos möglich)

☐ andere; schlechte deutsche Sprachkenntnisse

☐ sprachliche Verständigung aus anderen Gründen unmöglich o. erschwert (gehörlos, aphonisch o.ä.)

☐ unbekannt/ unklar

**4. Höchster erreichter Schulabschluss** A6

☐ kein Abschluss

☐ Sonderschulabschluss

☐ Hauptschulabschluss ohne Qualif. Abschluss

☐ Hauptschulabschluss mit Qualif. Abschluss

☐ Polytechnische Oberschule

☐ Mittlere Reife (Handelsfach-/ Wirtschaftsschule)

☐ (Fach-) Abitur

☐ unbekannt/ unklar

**5. Höchster erreichter Berufsabschluss/ höchste erreichte Berufsausbildung** A7

☐ (noch) keine bzw. nur angelernt

☐ Lehre abgeschlossen

☐ Fach-/ Meisterschule abgeschlossen

☐ (Fach-) Hochschule abgeschlossen

☐ unbekannt/ unklar

**6. Derzeitig (oder zuletzt) ausgeübter Beruf des Patienten** ZA10

☐ un-/ angelernter Arbeiter

☐ Facharbeiter, unselbst. Handwerker

☐ einfacher Angestellter/ Beamter

☐ mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst

☐ höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst

☐ hochqualifizierter/ lfd. Angestellter, Beamter im höheren Dienst

☐ selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleine Betriebe)

☐ selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlere Betriebe)

☐ selbständiger Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer

☐ in Ausbildung/ in Lehre/ nie erwerbstätig

☐ unbekannt/ unklar

**7. Jetzige berufliche Situation** A8

☐ berufstätig, Vollzeit

☐ berufstätig, Teilzeit

☐ berufstätig, gelegentlich

☐ mithelfender Familienangehöriger

☐ Hausfrau/ -mann, nicht berufstätig

☐ Ausbildung, Umschulung

☐ Wehr-/ Zivildienst/ FSJ

☐ beschäftigt

☐ arbeitslos gemeldet

☐ Erwerbsunfähigkeits-/ Berufsunfähigkeitsrente, Rentenverfahren, Frührente

☐ Altersrente/ Pension

☐ Witwen(r) -Rente

☐ anderweitig ohne berufliche Beschäftigung

☐ unbekannt/ unklar

**8. Letzte (teil-)stationäre psychiatrische Behandlung wo?** A12

☐ keine } weiter bei 13.

☐ hier

☐ anderswo (weiter bei 9.)

☐ unbekannt/ unklar

**9. Art der letzten Entlassung aus (teil-)stationärer psychiatr. Behandlung** ZA14

☐ keine/ entfällt

☐ reguläre Entlassung/ Verlegung

☐ nur vorübergehende Verlegung

☐ Beurlaubung

☐ Entweichung

☐ Entlassung gegen ärztlichen Rat

☐ vorzeitige Entlassung wegen mangelnder Motivation/ Kooperation

☐ unbekannt/ unklar

**10. Datum der Entlassung/ Verlegung (bitte zumindest Jahr/ Monat schätzen)** A13B

Tag: \_\_\_\_\_ Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

☐ unbekannt/ unklar

**11. Frühere (teil-)stationäre Behandlungen in anderen psychiatr. (AKUT-)Kliniken** A10

Anzahl (notfalls geschätzt): \_\_\_\_\_

☐ unbekannt/ unklar

**12. Jahr der ersten (teil-)stationären psychiatr. Behandlung überhaupt** A9

Jahr: \_\_\_\_\_

☐ unbekannt/ unklar

**13. Alter bei erster psych. Auffälligkeit** ZA13

Alter (notfalls geschätzt): \_\_\_\_\_

☐ unbekannt/ unklar

**14. Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (geschätzt)** A14

☐ ≤ 1 Woche

☐ > 1 Woche bis 4 Wochen

☐ > 4 Wochen bis 3 Monate

☐ > 3 Monate bis 6 Monate

☐ > 6 Monate bis 1 Jahr

☐ > 1 Jahr

☐ unbekannt/ unklar

**15. Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation** A15

☐ keine

☐ ambulant psychiatrisch/ nervenärztlich

☐ ambulant psychotherapeutisch

☐ ambulant bei Ärzten anderer Fachrichtungen

☐ ambulant durch sozialpsychiatrische Dienste

☐ ambulant durch sonstige Beratungsstellen

☐ stationär somatisch/ psychosomatisch (nicht psychiatrisch/ psychotherapeutisch)

☐ im eigenen Nicht-KHG-Bereich (z.B. Heimbereich oder Forensik)

☐ (teil-)stationär psychiatr./ psychotherapeutisch in eigener Klinik

☐ (teil-)stationär psychiatr./ psychotherapeutisch in anderer Klinik

☐ unbekannt/ unklar

**16. Art des zur Aufnahme führenden Zustands** ZA15

☐ erstmaliges Auftreten einer psychiatr. Erkrankung

☐ Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes

☐ Verschlechterung eines chronischen Zustandes

☐ Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes

☐ deutliches Abweichen von früheren Zuständen

☐ unbekannt/ unklar

**17. Medikamentöse Langzeitbehandlung (in den letzten 6 Monaten; ggf. seit letzter Episode/ Klinikentlassung)** A16

	verordnet?			eingehalten?				
	ja	nein	unklar	wie verordnet	unregelmäßig	abgesetzt	nie	unklar
<input type="radio"/> keine								
hochpotente Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niederpotente Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depot-Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clozapin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olanzapin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risperidon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere atypische Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TCA (auch Maprotilin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SSRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAO-Hemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clomethiazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Tranquilizer/ Hypnotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lithium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carbamazepin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valproinsäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Phasenprophylaktika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acetylcholinesterase-Hemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Antidementiva (Nootropika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiat-Substitutionsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiparkinsonmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
and. Psychopharm.: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> unbekannt/ unklar								

WEISSES DECKBLATT BITTE INNERHALB 4 TAGEN NACH AUFNAHME INS BADO-FACH! ROSA KOPIE FÜR DIE KURVE / KRANKENGESCHICHTE

# Fortsetzung Tabelle I-1: Aufnahmebogen (Seite 2) der Psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN)

<b>18. Psychotherapeutische Vorbehandlung (ggf. seit letzter Episode/ Klinikentlassung)</b> <span style="float: right;">A17</span> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">vereinbart?</th> <th colspan="5">eingehalten?</th> </tr> <tr> <th>ja</th> <th>nein</th> <th>unklar</th> <th>regelmäßig</th> <th>unregelmäßig</th> <th>abgebrochen</th> <th>nie</th> <th>unklar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/> keine</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>supportive Psychotherapie (Kognitive) Verhaltenstherapie</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kognitive Rehabilitation (kogn. Training, IPT)</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Psychoedukation</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Interpersonelle Psychotherapie (bei depr. Stör.)</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>spezifische Suchttherapie</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gesprächspsychotherapie (nach Rogers)</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Entspannungstherapie</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tiefenpsych. fundierte/ analytische Therapie</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>andere:</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Psychotherapie, Methode nicht näher bezeichnet</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar, ob überhaupt Psychotherapie</p>			vereinbart?			eingehalten?					ja	nein	unklar	regelmäßig	unregelmäßig	abgebrochen	nie	unklar	<input type="radio"/> keine									supportive Psychotherapie (Kognitive) Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kognitive Rehabilitation (kogn. Training, IPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychoedukation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interpersonelle Psychotherapie (bei depr. Stör.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spezifische Suchttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesprächspsychotherapie (nach Rogers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entspannungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiefenpsych. fundierte/ analytische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotherapie, Methode nicht näher bezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>30. Schwangerschaft/ Entbindung</b> <span style="float: right;">ZA24</span> <p><input type="radio"/> nein bzw. entfällt</p> <p><input type="radio"/> derzeit schwanger (auch Verdacht)</p> <p><input type="radio"/> Entbindung (auch Fehlgeburt) im letzten halben Jahr</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>
	vereinbart?			eingehalten?																																																																																																																		
	ja	nein	unklar	regelmäßig	unregelmäßig	abgebrochen	nie	unklar																																																																																																														
<input type="radio"/> keine																																																																																																																						
supportive Psychotherapie (Kognitive) Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Kognitive Rehabilitation (kogn. Training, IPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Psychoedukation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Interpersonelle Psychotherapie (bei depr. Stör.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
spezifische Suchttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Gesprächspsychotherapie (nach Rogers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Entspannungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Tiefenpsych. fundierte/ analytische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
Psychotherapie, Methode nicht näher bezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																														
<b>19. Suizidalität im Vorfeld der jetzigen Aufnahme</b> <span style="float: right;">A19</span> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>		<b>31. Rechtsgrundlage 24 Stunden nach Aufnahme</b> <span style="float: right;">A27</span> <p><input type="radio"/> Patient wurde innerhalb der ersten 24 Stunden entlassen</p> <p><input type="radio"/> Patient bleibt freiwillig</p> <p><b>unfreiwillige Unterbringung:</b></p> <p><input type="radio"/> vorläufige Unterbringung/ Gutachten nach § 70 FGG</p> <p><b>nach BGB (§§ 1631b, 1846, 1906)</b></p> <p><input type="radio"/> beantragt</p> <p><input type="radio"/> Beschluss liegt vor</p> <p><b>nach UBGG</b></p> <p><input type="radio"/> Unterbringung</p> <p><b>nach Strafrecht</b></p> <p><input type="radio"/> §§ 81, 83 StPO</p> <p><input type="radio"/> § 126a StPO</p> <p><input type="radio"/> Strafvollzugsgesetz/ UVollz.O.</p> <p><input type="radio"/> §§ 35, 36, 37 BtMG</p> <p><input type="radio"/> §§ 73, 72, 71 JGG</p> <p><input type="radio"/> § 63 StGB nach § 20 StGB</p> <p><input type="radio"/> § 63 StGB nach § 21 StGB</p> <p><input type="radio"/> § 64 StGB wg. "Trunksucht"</p> <p><input type="radio"/> § 64 StGB ohne "Trunksucht"</p> <p><b>falls §§ 63, 64:</b></p> <p><input type="radio"/> erstmalig</p> <p><input type="radio"/> Wiederholungsfall</p> <p><input type="radio"/> Widerrufsfall (§ 67g StGB)</p> <p><input type="radio"/> Wiederholungs- und Widerrufsfall</p> <p><input type="radio"/> unbekannt</p> <p><b>sonstige</b></p> <p><input type="radio"/> §§ 35a, 41, 42 KJHG</p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>																																																																																																																				
<b>20. Suizidversuch/ Selbstbeschädigung im Vorfeld der jetzigen Aufnahme</b> <span style="float: right;">A20</span> <p><input type="radio"/> keiner</p> <p><input type="radio"/> sicher gefährlicher Suizidversuch</p> <p><input type="radio"/> sonstiger Suizidversuch</p> <p><input type="radio"/> vorsätzliche Selbstbeschädigung ohne Suizidabsicht</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p> <p><b>falls Suizidversuch/ Selbstbeschädigung:</b></p> <p>Diagnose nach ICD-10 <span style="float: right;">ZAR4B</span></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<b>25. GAF/ max. GAF im letzten Jahr</b> <span style="float: right;">A23 / A24</span> <p>GAF-Wert: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> max. GAF-Wert im letzten Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>Kurzlegende GAF (1 bis 100):</b></p> <p>100-91 = hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum</p> <p>90-81 = keine oder nur minimale Symptome</p> <p>80-71 = Symptome nur vorübergehend oder normale Reaktion auf Stressoren</p> <p>70-61 = einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung, leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen, Leistungsfähigkeit; aber einige wichtige Beziehungen vorh.</p> <p>60-51 = mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bzgl. der sozialen, beruflichen Leistungsfähigkeit (z.B. wenig Freunde)</p> <p>50-41 = ernsthafte Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangssituationen) ODER ernsthafte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit</p> <p>40-31 = einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen (z.B. Arbeit, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung)</p> <p>30-21 = Verhalten ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen</p> <p>20-11 = Selbst- und Fremdgefährlichkeit ODER manchmal nicht in der Lage, minimale Hygiene aufrechtzuerhalten ODER weitgehende Beeinträchtigung der Kommunikation</p> <p>10-1 = ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen ODER anhaltende Unfähigkeit, minimale Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht</p> <p>0 = unzureichende Information</p>																																																																																																																				
<b>21. Jemals Suizidversuch</b> <span style="float: right;">A18</span> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> erstmalig im Vorfeld der jetzigen Aufnahme</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>		<b>26. Psychiatrische Diagnosen (ICD-10)</b> <span style="float: right;">ZA20</span> <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>27. Psychiatrische Differentialdiagnosen (ICD-10)</b> <span style="float: right;">ZAP1</span></p> <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																																																																																																				
<b>22. Bedrohung/ Tötlichkeiten im Vorfeld der jetzigen Aufn.</b> <span style="float: right;">A21</span> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> schwere Körperverletzung, Waffengebrauch o.ä.</p> <p><input type="radio"/> leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.</p> <p><input type="radio"/> nur Sachbeschädigung, einschl. fremder Sachen</p> <p><input type="radio"/> nur Sachbeschädigung bei eig. Sachen</p> <p><input type="radio"/> nur bedrohliches Verhalten ohne Tötlichkeiten</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>		<b>32. Betreuungssituation 24 Std. nach Aufnahme</b> <span style="float: right;">A28</span> <p><i>bei Minderjährigen Vormundschaft</i></p> <p><i>nur bei Wirkungskreis: Aufenthaltsbestimmung und/ oder Gesundheitsorge</i></p> <p><input type="radio"/> keine</p> <p><input type="radio"/> Betreuung/ Vormundschaft beantragt</p> <p><input type="radio"/> Betreuung/ Vormundschaft besteht</p> <p><input type="radio"/> Aufhebung beantragt</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>																																																																																																																				
<b>23. Körperliche Beeinträchtigung bei Aufnahme</b> <span style="float: right;">A26</span> <p><input type="radio"/> nicht beeinträchtigt</p> <p><input type="radio"/> Schwierigkeiten</p> <p><input type="radio"/> Notwendigkeit von Hilfsmitteln</p> <p><input type="radio"/> Notwendigkeit einer Hilfsperson</p> <p><input type="radio"/> Abhängigkeit von einer Hilfsperson</p> <p><input type="radio"/> weitgehende Unfähigkeit</p> <p><input type="radio"/> völlige Unfähigkeit</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>		<b>33. Psychisch erkrankte Familienangehörige 1. Grades</b> <span style="float: right;">ZAR5</span> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="checkbox"/> Geschwister</p> <p><input type="checkbox"/> Eltern(teil)</p> <p><input type="checkbox"/> Kind(-er)</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>																																																																																																																				
<b>24. CGI Teil 1</b> <span style="float: right;">A22</span> <p><input type="radio"/> 1: nicht beurteilbar</p> <p><input type="radio"/> 2: überhaupt nicht krank, sondern normal</p> <p><input type="radio"/> 3: Grenzfall psychiatr. Erkrankung</p> <p><input type="radio"/> 4: nur leicht krank</p> <p><input type="radio"/> 5: mäßig krank</p> <p><input type="radio"/> 6: deutlich krank</p> <p><input type="radio"/> 7: schwer krank</p> <p><input type="radio"/> 8: extrem schwer krank</p>		<b>34. Migrationsergebnis</b> <span style="float: right;">ZAR6</span> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja:</p> <p>seit welchem Jahr in Deutschland? (ca.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>																																																																																																																				
<b>28. Neurologische Diagnosen (ICD-10)</b> <span style="float: right;">ZAP22</span> <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																																																																																																						
<b>29. Sonstige somatische Diagnosen (ICD-10)</b> <span style="float: right;">ZAP23</span> <p>Bitte deutlich "I" und "J" unterscheiden</p> <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>Unterschrift</b></p> <p>_____</p>																																																																																																																						

**Anmerkungen/** nicht vollständig ausgefüllt, weil:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tabelle I-2: Entlassungsbogen (Seite 1) der Psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN)

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, um Rückfragen zu vermeiden**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_ ENTlassungsdatum: \_\_\_\_\_ entlassende(r) Arzt/Ärztin, Psychologe/-in: \_\_\_\_\_

**1. Letzte Rechtsgrundlage vor Entlassung** E2

☐ freiwillig

**unfreiwillige Unterbringung:**

☐ vorläufige Unterbr./ Gutachten nach § 70 FGG

**nach BGB §§ 1631b, 1846, 1906**

☐ beantragt

☐ Beschluss liegt vor seit Datum: \_\_\_\_\_

**nach UBg**

☐ Unterbringung

**nach Strafrecht**

☐ §§ 81, 83 StPO

☐ § 126a StPO

☐ Strafvollzugsgesetz / UVollzO.

☐ §§ 35, 36, 37 BMG

☐ §§ 73, 72, 71 JGG

☐ § 63 StGB nach § 20 StGB

☐ § 63 StGB nach § 21 StGB

☐ § 64 StGB wg. "Trunksucht"

☐ § 64 StGB ohne "Trunksucht" falls §§ 63, 64:

☐ erstmalig

☐ Wiederholungsfall

☐ Widerrufsfall (§ 67g StGB)

☐ Wiederholungs- und Widerrufsfall

☐ unbekannt

**sonstige**

☐ §§ 35a, 41, 42 KJHG

☐ \_\_\_\_\_

☐ unbekannt/ unklar

**2. Betreuungssituation vor Entlassung (bei Minderjährigen: Vormundschaft)** E3

nur bei Wirkungskreis: Aufenthaltsbestimmung und/ oder Gesundheits-sorge

☐ keine

☐ Betreuung/ Vormundschaft beantragt

☐ Betreuung/ Vormundschaft besteht

☐ Aufhebung beantragt

☐ unbekannt/ unklar

**3. Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthalts** E4

☐ keine oder nur Bedarfsmedikation

☐ hochpotente Neurolept. ☐ Benzodiazepine

☐ niederpotente Neurolept. ☐ Clomethiazol

☐ Depot-Neuroleptika ☐ and. Tranquilizer/ Hypnotika

☐ Clozapin ☐ Lithium

☐ Olanzapin ☐ Carbamazepin

☐ Risperidon ☐ Valproinsäure

☐ and. atyp. Neurolept. ☐ and. Phasenprophylaktika

☐ TCA (auch Maprotilin) ☐ Acetylcholinesterase-Hemmer

☐ SSRI ☐ and. Antidementiva (Nootrop.)

☐ MAO-Hemmer ☐ Opiat-Substitutionsbehandlung

☐ and. Antidepressiva ☐ Antiparkinsonmittel

☐ sonstige: \_\_\_\_\_

☐ unbekannt/ unklar

**4. Probleme bei der Psychopharmakatherapie** E5

☐ entfällt (keine Medikamente)

☐ keine besonderen Probleme

☐ Therapieresistenz/ mangelnde Wirkung (A)

☐ erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkung (B)

☐ mangelnde Compliance des Patienten

☐ Injektion gegen den Willen des Patienten

☐ sonstige

**Klartext zu A/ B:**  
(jeweils nähere Beschreibung, Handelsname u.ä.)

\_\_\_\_\_

☐ unbekannt/ unklar

**5. Sonstige somatische Therapieformen** E6

☐ keine

☐ Schlafentzug

☐ Lichttherapie

☐ EKT

☐ sonstige: \_\_\_\_\_

☐ unbekannt/ unklar

**6. Psychotherapie** E7

☐ keine

**Durchgeführt**

☐ supportive Psychotherapie

☐ (Kognitive) Verhaltenstherapie

☐ Kognitive Rehabilitation (kogn. Training, IPT)

☐ Psychoedukation

☐ Interpersonelle Psychotherapie (bei depr. Stör.)

☐ spezifische Suchttherapie

☐ Gesprächspsychotherapie (nach Rogers)

☐ Entspannungstherapie

☐ Tiefenpsych. fundierte/ analytische Therapie

☐ andere: \_\_\_\_\_

**Anzahl der Sitzungen**

1 bis 3 4 bis 9 mindestens 10

☐ unbekannt/ unklar

**7. Probleme bei Psychotherapie** E8

☐ keine/ entfällt ☐ Verschlechterung

☐ mangelnde Compliance ☐ sonstige:

☐ Abbruch (durch Therapeut)

☐ unbekannt/ unklar

**8. Andere therapeutische Maßnahmen** E9

☐ keine

☐ Beschäftigungsther. ☐ Sozialtherap. Verfahren

☐ Arbeitstherapie ☐ Angehörigengespräche

☐ Musiktherapie ☐ Psychoedukation bei Angehörigen

☐ sonst. kreative Verf. ☐ Angehörigen

☐ Physiotherapie ☐ sonstige:

☐ Sporttherapie

☐ unbekannt/ unklar

**9. Spezielle Diagnostik durchgeführt** E10

☐ keine

☐ EKG ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ EEG ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ Röntgen-Thorax ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ CCT ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ MR (Schädel) ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ Liquordiagnostik ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ EMG/ NLG ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ Evozierte Potentiale ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ Dopplersonographie ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ Schlafpolygraphie ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ MSLT ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ Angiographie/ DSA ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ PET ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ SPECT ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ Drogenscreening ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ HIV ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ sonstige: ☐ ohne ☐ mit relev. Befund

☐ Leistungsdiagnostik

☐ Persönlichkeitsdiagnostik (inkl. projektive Verfahren)

☐ Neuropsychologische Diagnostik

☐ andere psychologische Diagnostik

☐ somat. Konsil (Art): \_\_\_\_\_

☐ unbekannt/ unklar

**10. Suizidversuch während des stationären Aufenthalts** E11

☐ keiner

☐ Suizid

☐ sicher gefährlicher Suizidversuch

☐ sonstiger Suizidversuch

☐ vorsätzliche Selbstbeschädigung ohne Suizidabsicht

☐ unbekannt/ unklar

**falls Suizidversuch/ Selbstbeschädigung:** ZER4B

**Diagnose nach ICD-10**

X J J J

**11. Bedrohungen/ Tötlichkeiten während des stationären Aufenthalts** E12

☐ keine

☐ schwere Körperverletzung, Waffengebrauch o.ä.

☐ leichte Körperverletzung, Ohrfeigen o.ä.

☐ nur Sachbeschädigung, einschließlich fremder Sachen

☐ nur Sachbeschädigung bei eigenen Sachen

☐ nur bedrohliches Verhalten ohne Tötlichkeiten

☐ unbekannt/ unklar

**12. Entweichung(en)** E13

☐ nein

☐ ja: ☐ ohne Mitteilung an Polizei

☐ Vermisstenmeldung an Polizei

☐ polizeiliche Fahndung

☐ unbekannt, ob Meldung/ Fahndung

☐ unbekannt/ unklar

**13. Fixierungen/ Isolierungen** E14A

☐ keine

☐ einmal

☐ mehrmals: (ca.) \_\_\_\_\_ mal

☐ unbekannt/ unklar

**13b. Sitzwache** ZER14

☐ ja

☐ nein ☐ unbekannt/ unklar

**14. Sonstige Vorkommnisse** ZE3

(Unfälle, Diebstähle, Brandstiftungen etc.)

\_\_\_\_\_

**15. (Teil-)stationäre Weiterbehandlung durch:** E16A

☐ keine oder unzutreffend

☐ eigene Erwachsenenpsychiatrie

☐ eigene Neuro-Reha/ neurologische Abteilung

☐ eigene Tag-/ Nachtklinik

☐ eigene KJP-Abteilung

☐ andere psychiatrische Klinik

☐ andere psychotherapeutische Klinik

☐ andere stationäre Einrichtung für Sucht

☐ andere psychiatrische Tag-/ Nachtklinik

☐ andere KJP-Abteilung

☐ KH Barmherzige Brüder Regensburg

☐ KH St.Josef Regensburg

☐ Evangelisches KH Regensburg

☐ Universitätsklinik Regensburg

☐ andere somatische/ neurologische Klinik

☐ sonstige: \_\_\_\_\_

☐ unbekannt/ unklar

**16. Komplementäre oder ähnliche Weiterversorgung durch:** E16B

☐ keine oder unzutreffend

☐ eigene Sucht-REHA

**andere Einrichtung für Rehabilitation:**

☐ vorwiegend medizinische REHA/ Sucht-REHA

☐ vorwiegend berufliche Rehabilitation

☐ medizinisch und beruflich, z.B. RPK

☐ betreutes Einzelwohnen/ betreute Wohngruppe

☐ eigene Forensik

☐ andere Forensik

☐ psychiatrisches (Übergangs-)Wohnheim

☐ psychiatrische Tagesstätte

☐ eigener psychiatrischer Heimbereich

☐ psychiatrisches Pflegeheim

☐ Heim für chronisch Suchtkranke/ SECA

☐ Heim für geistig Behinderte

☐ Altenheim (auch Kurzzeitpflegeeinrichtung)

☐ Altagestätte

☐ Werkstatt für Behinderte

☐ ambulante Arbeitstherapie/ Arbeitstraining

☐ geschützter Arbeitsplatz

☐ sonstige: \_\_\_\_\_

☐ unbekannt/ unklar

WEISSES DECKBLATT BITTE INNERHALB 4 TAGEN NACH ENTLASSUNG INS BADO-FACH! BLAUE KOPIE FÜR DIE KRANKENGESCHICHTE



<p><b>17. Ambulante Nachbetreuung</b> <span style="float: right;">E16C</span></p> <p><b>Weiterbehandlung durch:</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine oder unzureichend</p> <p><input type="checkbox"/> Praktischer Arzt/ Allgemeinarzt</p> <p><input type="checkbox"/> niedergelassener Psychiater</p> <p><input type="checkbox"/> niedergelassener ärztl. Psychotherapeut (Nicht-Psychiater)</p> <p><input type="checkbox"/> freiberuflicher Psychologe/ nichtärztlicher Psychotherapeut</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiger niedergelassener Arzt</p> <p><input type="checkbox"/> <b>eigene</b> psychiatrische Ambulanz/ auch Suchtlamb.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>andere</b> psychiatrische Ambulanz/ Poliklinik</p> <p><input type="checkbox"/> <b>andere</b> nicht-psychiatr. Ambulanz/ Poliklinik</p> <p><input type="checkbox"/> sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt</p> <p><input type="checkbox"/> Arzt anderer öffentlicher Stellen, z.B. Truppenarzt</p> <p><input type="checkbox"/> psychosozialer Dienst, psychiatrische Beratungsstelle</p> <p><input type="checkbox"/> Suchtberatung</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Beratungsstelle</p> <p><input type="checkbox"/> allgemeine soziale Dienste/ Sozialstation</p> <p><input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen, Laiendienste</p> <p><input type="checkbox"/> <b>eigenes</b> Schlaflabor</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige:</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>	<p><b>20. Vorgesehene Psychotherapie</b> <span style="float: right;">E18</span></p> <p><input type="checkbox"/> keine Psychotherapie oder unzureichend</p> <p><input type="checkbox"/> supportive Psychotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> (Kognitive) Verhaltensther.</p> <p><input type="checkbox"/> Kognitive Rehabilitation (kogn. Training, IPT)</p> <p><input type="checkbox"/> Psychoedukation</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige:</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>	<p><b>29. Lebt nach Entlassung zusammen mit</b> <span style="float: right;">ZE6</span></p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend/ Sterbefall</p> <p><input type="checkbox"/> allein</p> <p><input type="checkbox"/> Eltern(teil) (auch Pflege-, Stiefeltern)</p> <p><input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner</p> <p><input type="checkbox"/> Kind(-ern) (auch Pflege-, Adoptivkinder)</p> <p><input type="checkbox"/> Schwester/ Bruder</p> <p><input type="checkbox"/> anderen Verwandten</p> <p><input type="checkbox"/> Bekannten, Wohngemeinschaft o. and.</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige:</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>						
<p><b>18. Entlassungsart</b> <span style="float: right;">E15</span></p> <p><input type="checkbox"/> reguläre Entlassung/ Verlegung</p> <p><input type="checkbox"/> vorübergehende Verlegung (Rückübern. geplant)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Spez. Forensik:</b> in den Zwischenvollzug</p> <p><input type="checkbox"/> Beurlaubung</p> <p><input type="checkbox"/> Entweichung</p> <p><input type="checkbox"/> Entlassung gegen ärztlichen Rat/ Abbruch der Behandlung durch den Pat.</p> <p><input type="checkbox"/> Entlassung wegen mangelnder Motivation/ Kooperation</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Spez. Forensik:</b> wg. Aussichtslosigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> verstorben aus natürlicher Ursache</p> <p><input type="checkbox"/> verstorben nach Suizidversuch</p> <p><input type="checkbox"/> verstorben nach Unfall / Fremdeinwirkung</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/unklar</p>	<p><b>21. CGI Teil 1</b> <span style="float: right;">E21A</span></p> <p>Patient ist</p> <p><input type="checkbox"/> 1: nicht beurteilbar</p> <p><input type="checkbox"/> 2: überhaupt nicht krank</p> <p><input type="checkbox"/> 3: Grenzfall psychiatr. Erkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> 4: nur leicht krank</p> <p><input type="checkbox"/> 5: mäßig krank</p> <p><input type="checkbox"/> 6: deutlich krank</p> <p><input type="checkbox"/> 7: schwer krank</p> <p><input type="checkbox"/> 8: extrem schwer krank</p>	<p><b>Teil 2</b> <span style="float: right;">E21B</span></p> <p>Zustand ist</p> <p><input type="checkbox"/> 1: nicht beurteilbar</p> <p><input type="checkbox"/> 2: sehr viel besser</p> <p><input type="checkbox"/> 3: viel besser</p> <p><input type="checkbox"/> 4: nur wenig besser</p> <p><input type="checkbox"/> 5: unverändert</p> <p><input type="checkbox"/> 6: etwas schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> 7: viel schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> 8: sehr viel schlechter</p>						
	<p><b>22. GAF bei Entlassung</b> <span style="float: right;">E22</span></p> <p>GAF-Wert: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>Kurzlegende GAF (1 bis 100):</b></p> <p><b>100-91</b> = hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum</p> <p><b>90-81</b> = keine oder nur minimale Symptome</p> <p><b>80-71</b> = Symptome nur vorübergehend oder normale Reaktion auf Stressoren</p> <p><b>70-61</b> = einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung, leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen Leistungsfähigkeit; aber einige wichtige Beziehungen vorh.</p> <p><b>60-51</b> = mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bzgl. der sozialen, beruflichen Leistungsfähigkeit (z.B. wenig Freunde)</p> <p><b>50-41</b> = ernsthafte Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangssituationen) ODER ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit</p> <p><b>40-31</b> = einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen (z.B. Arbeit, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung)</p> <p><b>30-21</b> = Verhalten ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen</p> <p><b>20-11</b> = Selbst- und Fremdgefährlichkeit ODER manchmal nicht in der Lage, minimale Hygiene aufrechtzuerhalten ODER weitgehende Beeinträchtigung der Kommunikation</p> <p><b>10-1</b> = ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen ODER anhaltende Unfähigkeit, minimale Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafte Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht</p> <p><b>0</b> = unzureichende Information</p>							
<p><b>19. Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung</b> <span style="float: right;">E17</span></p> <p><b>Codierung:</b></p> <p>1-96 = Anzahl <b>Monate</b> (aufgerundet)</p> <p>98 = empfohlen, ohne vereinbarte Zeitdauer</p> <p>99 = unbefristete Dauerbehandlung</p> <p><input type="checkbox"/> kein Medikament aus psychiatrischer Indikation oder unzureichend</p> <p><input type="checkbox"/> hochpotente Neurolept. für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> niederpotente Neurolept. für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Depot-Neuroleptika für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Clozapin für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Olanzapin für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Risperidon für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> and. atypische Neurolept. für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> TCA (auch Maprotilin) für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> SSRI für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> MAO-Hemmer für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> and. Antidepressiva für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Benzodiazepine für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Clomethiazol für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> andere Tranquil./ Hypnot. für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Lithium für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Carbamazepin für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Valproinsäure für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> and. Phasenprophylaktika für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Acetylcholinesterase-Hemmer für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> and. Antidementiva (Nootropika) für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Opiat-Substitutionsbehandl. für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Antiparkinsonmittel für ____ Monate</p> <p><input type="checkbox"/> sonst. Psychopharmaka: für ____ Monate</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>	<p><b>23. Psychiatrische Diagnosen (ICD-10)</b> <span style="float: right;">ZE12</span></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. <input type="text"/></td> <td style="width: 33%;">2. <input type="text"/></td> <td style="width: 33%;">3. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4. <input type="text"/></td> <td>5. <input type="text"/></td> <td>6. <input type="text"/></td> </tr> </table>		1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>	4. <input type="text"/>	5. <input type="text"/>	6. <input type="text"/>
1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>						
4. <input type="text"/>	5. <input type="text"/>	6. <input type="text"/>						
	<p><b>24. Neurologische Diagnosen (ICD-10)</b> <span style="float: right;">EP24</span></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. <input type="text"/></td> <td style="width: 33%;">2. <input type="text"/></td> <td style="width: 33%;">3. <input type="text"/></td> </tr> </table>		1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>			
1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>						
	<p><b>25. Sonst. somatische Diagnosen (ICD-10)</b> <span style="float: right;">EP25</span></p> <p>Bitte "I" und "J" deutlich unterscheiden!</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. <input type="text"/></td> <td style="width: 33%;">2. <input type="text"/></td> <td style="width: 33%;">3. <input type="text"/></td> </tr> </table>		1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>			
1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>						
	<p><b>26. Gegebenenfalls Todesursache (ICD-10)</b> <span style="float: right;">EP26</span></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>							
	<p><b>27. Körperliche Beeinträchtigung bei Entlassung</b> <span style="float: right;">E27</span></p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend/ Sterbefall</p> <p><input type="checkbox"/> nicht beeinträchtigt</p> <p><input type="checkbox"/> Schwierigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Notwendigkeit von Hilfsmitteln</p> <p><input type="checkbox"/> Notwendigkeit einer Hilfsperson</p> <p><input type="checkbox"/> Abhängigkeit von einer Hilfsperson</p> <p><input type="checkbox"/> weitgehende Unfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> völlige Unfähigkeit</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>							
	<p><b>28. Wohnsituation nach Entlassung (1. Wohnsitz)</b> <span style="float: right;">E19</span></p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend/ Sterbefall</p> <p><input type="checkbox"/> Privatwohnung, möbl. Zimmer, WG</p> <p><input type="checkbox"/> <b>betreutes</b> Einzelwohnen/ <b>betreute</b> Wohngruppe</p> <p><input type="checkbox"/> <b>therapeutisches</b> psych. Heim, gerontopsych. Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/ Wohnheim, Nachtklinik</p> <p><input type="checkbox"/> Altenheim, Altenwohnheim, Altenpflegeheim</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges <b>nicht-therapeut.</b> Heim, z.B. Studentenwohnheim</p> <p><input type="checkbox"/> psychiatrisches Krankenhaus, Inkl. nicht-KHG-Bereich</p> <p><input type="checkbox"/> Justizvollzugsanstalt</p> <p><input type="checkbox"/> ohne festen Wohnsitz</p> <p><input type="radio"/> unbekannt/ unklar</p>							
	<p><b>33. Wenn verstorben nach Entlassung</b> <span style="float: right;">ZE16</span>&lt;/</p>							

Tabelle I-3: Domänen des Lebensqualitätsfragebogens WHOQOL-BREF

Item-Nr.	Iteminhalt	Domäne
1 2	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen? Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<b>Global</b>
3 4 10 15 16 17 18	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun? Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern? Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben? Wie gut können Sie sich fortbewegen? Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf? Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können? Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<b>Physisch</b>
5 6 7 11 19 26	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen? Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll? Wie gut können Sie sich konzentrieren? Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren? Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst? Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	<b>Psychisch</b>
20 21 22	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen? Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben? Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<b>Soziale Beziehungen</b>
8 9 12 13 14 23 24 25	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben? Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet? Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können? Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen? Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten? Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen? Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können? Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<b>Umwelt</b>

*Tabelle I-4:* Skalen des Fragebogens zur subjektiven Befindlichkeit unter Neuroleptika (SWN-K)

Item-Nr.	Iteminhalt	Skala
1 12 15 19	Ich fühle mich ohnmächtig und ohne Kontrolle über mich. Mein Gefühl und Verhalten ist den Anlässen nicht angemessen. Über Kleinigkeiten rege ich mich auf; wichtige Ereignisse berühren mich kaum. Ich kann mich gut abgrenzen gegenüber anderen Menschen. Mein Gefühl und Verhalten ist den Anlässen angemessen.	<b>Selbst-kontrolle</b>
2 5 9 16	Ich fühle mich in meinem Körper sehr wohl. Ich empfinde meinen Körper als mir zugehörig und vertraut. Ich empfinde mich kraftlos und erschöpft. Meinen Körper empfinde ich als Last.	<b>Physisches Wohlbefinden</b>
3 7 11 17	Das Denken fällt mir leicht. Ich bin einfallsreich und voller Phantasie. Mein Denken ist mühsam und zäh. Meine Gedanken sind sprunghaft und ungerichtet; ein geordnetes Denken fällt mir schwer.	<b>Mentale Funktion</b>
4 10 18 20	Ich habe keine Hoffnung; sehe meine Zukunft schwarz. Meine Gedanken und Empfindungen sind flach; alles ist mir gleichgültig. Was um mich herum geschieht, interessiert mich und ist mir wichtig. Ich habe große Zuversicht, alles wird gut.	<b>Emotionale Regulationen</b>
6 8 13 14	Ich habe große Hemmungen, Menschen anzusprechen und Kontakt mit ihnen aufzunehmen. Ich empfinde meine Umwelt als vertraut und freundlich. Der Kontakt zu Menschen in meiner Umgebung fällt mir leicht. Ich empfinde meine Umwelt als verändert, fremd und bedrohlich.	<b>Soziale Integration</b>



Tabelle I-5: Skalen des Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Item-Nr.	Iteminhalt	Skala
9 16 22 26 34	Ungeduldig und gereizt auf andere reagieren Sich selbst bemitleiden Ins Grübeln kommen Mit dem Schicksal hadern Sich von anderen Menschen zurückziehen	<b>Depressive Verarbeitung</b>
1 7 8 14 15	Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen Einen Plan machen und danach handeln Sich vornehmen, intensiver zu leben Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen	<b>Aktives problem-orientiertes Coping</b>
13 17 18 19 20	Sich mehr gönnen Sich selbst Mut machen Erfolge und Selbstbestätigung suchen Sich abzulenken versuchen Abstand zu gewinnen versuchen	<b>Ablenkung und Selbstaufbau</b>
21 23 24 25 30	Die Krankheit als Schicksal annehmen Trost im religiösen Glauben suchen Versuch, in der Krankheit einen Sinn zu sehen Sich damit trösten, dass es andere noch schlimmer getroffen hat Anderen Gutes tun wollen	<b>Religiosität und Sinnsuche</b>
2 3 4	Nicht-wahrhaben-Wollen des Geschehenen Herunterspielen der Bedeutung und Tragweite Wunschdenken und Tagträumen nachhängen	<b>Bagatellisierung und Wunschdenken</b>

Tabelle I-6: Skalen des Fragebogens zu den Kontrollüberzeugungen (KKG)

Item-Nr.	Iteminhalt	Skala
1 5 8 16 17 18 21	Wenn ich mich körperlich nicht wohl fühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben. Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepasst. Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden. Wenn ich genügend über mich weiß, kann ich mir bei Beschwerden selbst helfen. Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, dass ich mir selbst helfen kann. Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen. Es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen.	<b>Internalität</b>
2 4 6 10 12 14 20	Wenn ich Beschwerden habe, suche ich gewöhnlich einen Arzt auf. Wenn ich mich körperlich wohl fühle, dann verdanke ich dies vor allem den Ratschlägen und Hilfen anderer. Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat. Wenn bei mir Beschwerden auftreten, bitte ich einen Fachmann, mir zu helfen. Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden. Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich von anderen beraten lasse. Wenn ich mich unwohl fühle, wissen andere am besten, was mir fehlt.	<b>Soziale Externalität</b>
3 7 9 11 13 15 19	Ob meine Beschwerden länger andauern, hängt vor allem vom Zufall ab. Körperliche Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen: Wenn ich Pech habe, sind sie plötzlich da. Wenn es das Schicksal so will, dann bekomme ich körperliche Beschwerden. Ob es mir gut geht oder nicht, lässt sich nicht beeinflussen. Ob Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht. Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine Beschwerden wieder verschwinden. Ich bin der Meinung, dass Glück und Zufall eine große Rolle für mein körperliches Befinden spielen.	<b>Fatalistische Externalität</b>

Tabelle I-7: Abkürzungsverzeichnis zu den verwendeten Skalen/Variablen sowie deren Wertebereiche

<b>Fragebogen zu den Belastungen der Angehörigen (FBA)</b>	
FBA-G	Summenscore der Belastungen
FBA-IEGB	Institutionen, Emotionen und Gesundheit betreffender Belastungsfaktor
FBA-ZFB	Zeit und Finanzen betreffender Belastungsfaktor
FBA-ZGEFB	Zeit, Gesundheit, Emotionen und Freizeiteinschränkungen betreffender Belastungsfaktor
FBA-IFB	Institutionen und Finanzen betreffender Belastungsfaktor
Wertebereich	<i>Hohe Werte entsprechen einer geringen Belastung Für die Korrelations- und Regressionsanalysen erfolgte zur leichteren Interpretation eine Transformation der Subskalen und Gesamtsummenscores durch die Multiplikation mit „-1“.</i>
<b>KKG</b>	
KKG-I	Internale Kontrollüberzeugung
KKG-EP	Sozial-externale Kontrollüberzeugung
KKG-EF	Fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung
Wertebereich	<i>Hohe Werte entsprechen einer hohen Kontrollüberzeugung.</i>
<b>FKV</b>	
FKV-DP	Depressive Verarbeitung
FKV-APC	Aktives problemorientiertes Coping
FKV-AS	Ablenkung/Selbstaufbau
FKV-RS	Religiosität/Sinnsuche
FKV-BW	Bagatellisierung/Wunschdenken
Wertebereich:	<i>Hohe Werte entsprechen einem starken Rückgriff auf die jeweilige Verarbeitungsstrategie.</i>
<b>ZUF-8</b>	
Wertebereich:	<i>Je höher der Wert, desto größer die Behandlungszufriedenheit.</i>
<b>WHOQOL-BREF</b>	
QOL-PH	Physische Lebensqualität
QOL-PS	Psychische Lebensqualität
QOL-SB	Lebensqualität bezüglich der sozialen Beziehungen
QOL-UM	Lebensqualität bezüglich der Umwelt
QOL-Global	Globale Lebensqualität
Wertebereich	<i>Hohe Werte entsprechen einer hohen Lebensqualität.</i>

Fortsetzung Tabelle I-7: Abkürzungsverzeichnis zu den verwendeten Skalen/Variablen, sowie deren Wertebereiche

<b>SWN-K</b>	
SWN-K-SK	Selbstkontrolle
SWN-K-PW	Physisches Wohlbefinden
SWN-K-MF	Mentale Funktion
SWN-K-ER	Emotionale Regulation
SWN-K-SI	Soziale Integration
SWN-K-Global	Summenscore
Wertebereich	<i>Hohe Werte entsprechen einem hohen subjektiven Wohlbefinden unter Medikation.</i>
<b>CGI-Werte</b>	
CGI-A	Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme des Patienten (Severity)
CGI-E-S	Schweregrad der Erkrankung bei Entlassung des Patienten (Severity)
CGI-E-I	Verbesserung der Erkrankung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt (Improvement)
Wertebereich:	<i>Je höher der Wert, desto höher wird der Schweregrad der Erkrankung vom behandelnden Therapeuten eingeschätzt.</i>
<b>GAF-Werte</b>	
GAF-A	GAF-Wert bei Aufnahme des Patienten
GAF-E	GAF-Wert bei Entlassung des Patienten
GAF-max	Maximaler GAF-Wert des Patienten im letzten Jahr
Wertebereich:	<i>Je höher der GAF-Wert, desto besser wird das psychosoziale Funktionsniveau des Patienten vom behandelnden /Therapeuten eingeschätzt.</i>